

DU
MAL DE POTT
AU-DESSOUS DE LA MOELLE
CHEZ LES ENFANTS

ET DE SES
CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE L'ACCOUCHEMENT

PAR
M^{me} PULCHÉRIE (Profira) CONTA

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Membre de la société zoologique de France

PARIS
LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1887



LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

An J. Halin

Hommage de l'auteur

Paris. Univ. Faculté de médecine

J. B. Conta

DU

MAL DE POTT

AU-DESSOUS DE LA MOELLE

CHEZ LES ENFANTS

ET DE SES

CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE L'ACCOUCHEMENT

PAR

M^{me} PULCHÉRIE (Profira) CONTA

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Membre de la société zoologique de France



PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1887

MP

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

H 111
P232
1887
No. 223

A MON PÈRE

LE MEILLEUR DES PÈRES

A MA MÈRE

AMOUR FILIAL

A MA SŒUR AINÉE

REGRETS ÉTERNELS DE L'AVOIR PERDUE

A MES SŒURS & MES BEAUX-FRÈRES

AFFECTION FRATERNELLE

A LA ROUMANIE

RESPECT PATRIOTIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Avant de publier ce travail, qui constitue mon premier essai médical et scientifique, je tiens à remercier tous les professeurs dont j'ai suivi l'enseignement.

Pendant le cours de mes études qui remontent déjà à six années, j'ai rencontré dans la Faculté de Paris, des maîtres qui, non seulement ont été des initiateurs scientifiques mais, des protecteurs au milieu des difficultés de toutes sortes que j'ai eues à franchir. J'ai reconnu en eux cette bienveillance, cette amabilité, cette générosité, toutes ces qualités françaises, que je connaissais déjà de réputation dans mon pays ; j'avais bien compté sur une hospitalité que tous les étrangers vantent ; la réalité a dépassé mes espérances. C'est avec la plus profonde reconnaissance et avec la plus sincère gratitude que j'adresse ici, tous mes remerciements à cette terre si libérale et si hospitalière, qui malgré tous ses revers, est encore, et sera le centre toujours envié des nations civilisées.

Je ne veux oublier ici aucun des noms de ceux qui

m'ont fait apprécier toutes ces qualités. Je dois à M. le Professeur Verneuil et à M. le Professeur Léon Le Fort mes connaissances chirurgicales. M. le Docteur Jules Simon m'a initiée aux maladies des enfants qui me seront d'un si grand secours dans ma pratique future.

C'est dans le service de M. le Professeur Pajot, de MM. Charpentier et Pinard, que j'ai pu apprendre la gynécologie et l'obstétrique.

L'enseignement de M. le Professeur Jaccoud et de M. le Professeur Ball ont été pour nous une précieuse source de notions cliniques, qui ne nous abandonneront jamais.

Ces savants professeurs dans leur langage toujours expressif, brillant, fleuri, perpétuent la renommée de la clinique médicale française. M. Déjérine et M. Landouzy nous ont fait profiter de toute leur science et de leur profond savoir dans les hôpitaux ; nous leur adressons tous nos remerciements. A tous ceux qui nous ont aidés, dans l'édification de ce travail. MM. Loviot, Achard Picqué, Coudray, Redard pour les matériaux qu'ils ont bien voulu nous communiquer, et à M. P. Bonnier dont on pourra apprécier le talent, bien connu déjà, qu'il a déployé dans notre dessin, nous offrons l'expression de toute notre gratitude.

DÉFINITION

On désigne sous le nom de Mal de Pott lombosacré, la tuberculose des vertèbres lombaires et sacrées, accompagnée de gibbosité, d'abcès par congestion et de troubles nerveux. Cette triade symptomatique n'est cependant pas fatale.

Dans la région lombo-sacrée cette affection revêt une gravité toute spéciale à cause des lésions diverses des nerfs qui occupent cette partie de la colonne vertébrale, et la fréquence des abcès qui accompagnent cette maladie.

Nos devanciers, dont nous n'avons pas à rappeler les noms ici, ont tous cité des cas de lésion vertébrale siégeant dans la région lombaire, mais nous ne sachions pas qu'ils aient fait une étude d'ensemble de la question. On trouvera, chemin faisant, les indications bibliographiques qui nous ont permis de prendre les éléments de cette question.

DESCRIPTION

Les auteurs ne tenant compte que du siège des altérations osseuses et de la gibbosité qui en est la conséquence, ont divisé le mal de Pott d'après la région atteinte : en cervical, dorsal et lombaire. Cette division est simple et séduisante pour ce seul motif ; et cependant elle ne tient compte que d'un fait relativement peu important : la déformation, de plus elle cesse d'être vraie pour les cas très nombreux où la gibbosité occupe deux régions à la fois, où elle est cervico-dorsale, dorso-lombaire etc.. Enfin elle laisse beaucoup à désirer pour la description des symptômes ; en effet le mal lombaire, par exemple, intéressera en haut la moëlle en bas les nerfs de la queue de cheval seulement. Aussi M. le Professeur Lannelongue a-t-il dans son enseignement rejeté cette division pour en adopter une autre plus conforme avec les données de la clinique, mettant en relief ce fait que la déformation est un symptôme moins important que les phénomènes des centres nerveux ou des racines, que ce sont ceux-ci qui siègent dans la région atteinte et qu'ils sont va-

riables, suivant la région anatomique de la moëlle. M. le Professeur Lannelongue adopte la classification suivante :

1° Mal sous occipital, les altérations du squelette menacent une région spéciale, la moëlle allongée et leur expression clinique est pour cela propre ;

2° Mal cervico-dorsal, occupant la région vertébrale jusqu'au dessous du renflement cervico-dorsal médullaire ;

3° Mal dorso-lombaire, jusqu'à la terminaison de la moëlle au niveau des corps de la 1^{re}-2^{me} lombaire ;

4° Mal lombo-sacré, en rapport avec les nerfs de la queue de cheval. Cette classification aussi clinique que la précédente, a le mérite particulier de mettre en harmonie les symptômes exprimés et les plus importants, ceux du côté des centres nerveux et des nerfs périphériques, avec les données de la physiologie sur chacune de ces régions médullaires.

Nous nous occuperons spécialement du mal de Pott de la région lombo-sacrée, observé chez les enfants surtout, car nous avons eu la bonne fortune de pouvoir trouver un certain nombre de ces affections chez les malades de l'hôpital Trousseau dans le service de M. le Professeur Lannelongue.

L'affection débute sourdement chez un enfant issu de tuberculeux ou non (Observ. I. II) convalescent d'une rougeole ou d'une scarlatine (Ob. II. XII) ou d'une coqueluche (Obs. XIII). Pour nous, ces maladies éruptives de l'enfance constituent une

prédisposition de 1^{er} ordre au mal de Pott lombosacré, de même une chute, contusion (Obs. XVI). Mitchel cite un cas de Mal de Pott lombaire qui débute par des douleurs et gonflements dans les coudes de pied, les genoux et la hanche d'un côté. On voit survenir un changement complet aussi bien dans les habitudes extérieures de l'enfant que dans ses fonctions physiologiques : ses fonctions digestives se ralentissent ou se pervertissent. La respiration s'embarrasse souvent, la circulation se trouble parfois, il n'est pas non plus rare de voir des enfants devenir très sensibles au froid dès le début de la maladie, alors qu'auparavant ils supportaient facilement les différences de température les plus notables. La sensibilité devient ordinairement plus exquise ; on observe des troubles nerveux, des insomnies, des rêvasseries pénibles et fatigantes et une céphalée quelquefois même tenace.

Ces changements ont une telle influence sur le caractère de l'enfant que celui-ci de gai qu'il était auparavant devient triste et même irascible avec l'impression d'un être mécontent de tout en commençant par lui-même.

Ce changement de caractère appartient, sans pour cela être caractéristique, aussi bien aux maladies infectieuses qui vicient l'organisme général de l'enfant avant de se localiser, qu'au Mal de Pott lombosacré qui n'est qu'une de ces maladies. Ce caractère

spécial, dis-je, apparaît avec les premiers symptômes du mal, l'accompagne et progresse avec lui pendant sa durée, de telle façon qu'à la longue il s'imprime sur les traits de son visage et ce n'est qu'alors que le caractère et la figure deviennent tout à fait spéciaux. Outre ces phénomènes insolites survenus dans la vie morale de l'enfant, il existe des signes subjectifs non moins pathognomoniques, que les points douloureux sur le trajet de la colonne vertébrale, qu'on peut explorer de différentes façons et sur lesquels insiste avec tant de raison notre maître M. le Professeur Lannelongue. Les points douloureux pathognomoniques en quelque sorte, tout à fait au début de l'affection, (moment qui nous échappe à l'hôpital, car on n'y amène les enfants que lorsqu'ils ont déjà une gibbosité ou un abcès) s'affaiblissent pour disparaître presque, une fois que la gibbosité existe depuis quelque temps comme on peut le voir dans la plupart de nos observations. L'attitude et la marche ne sont pas moins intéressantes à remarquer dès que l'affection tuberculeuse commence à se localiser à la colonne vertébrale; il s'en suivra qu'une partie de celle-ci devient douloureuse et que l'enfant cherche instinctivement les directions et les positions dans lesquelles il fait peu de mouvements dans la partie saine de la colonne vertébrale, et nul mouvement dans la portion malade. D'où il résulte des attitudes toutes particu-

lières surtout dans la marche (marche de canard en dandinant le tronc et le ventre proéminent en avant), et dans le mouvement de flexion en avant, lorsque l'enfant est obligé de relever un objet par terre, mouvement par exemple qu'il ne peut exécuter qu'en prenant un point d'appui sur ses cuisses et sur ses genoux ; chaque mouvement normal dans lequel intervient la colonne vertébrale est modifié dans sa nature, car l'intervention d'un certain nombre d'autres articulations est nécessaire pour remplacer ces mouvements soustraits à la colonne vertébrale par la maladie. Or, comme nous trouvons dans l'organisme le plus bel exemple de division du travail et de spécialisation poussée au plus haut degré, nous comprendrons bien qu'il sera difficile de reproduire un mouvement dont l'exécution appartient à un organe artiste, par un organe dont les attributions sont autres. Ce dernier semblable à tout débutant dans un métier ne pourra effectuer la fonction nouvelle que malet incomplètement. Les mouvements dans le mal de Pott en sont un exemple, car combien un mouvement d'abaissement d'un enfant atteint de mal de Pott sacro-lombaire est loin de la perfection avec laquelle se fait ce même mouvement à l'état normal.

Donc, attitude, marche et caractère sont les trois éléments sur les changements desquels il faut fixer surtout son attention lorsqu'on soupçonne un mal

de Pott lombo-sacré; un quatrième facteur: la douleur locale suffirait à peu près pour diagnostiquer la sus-dite affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La description succincte anatomo-pathologique du mal de Pott lombo-sacré que nous allons faire portera principalement sur les faits rapportés dans nos propres observations.

D'après les statistiques de Taylor (1), on trouve que sur 364 cas de mal de Pott: la région cervicale fut intéressée 43 fois; la région dorsale 229 fois et la région lombaire 149 fois. Sur 300 cas de mal de Pott l'articulation sacro-lombaire ne fut prise qu'une seule fois.

D'après nos observations nous pouvons conclure; 1° Que les enfants très jeunes sont plus souvent atteints du mal de Pott lombo-sacré; 2° Que chez les filles la maladie peut commencer avant l'âge de deux ans, tandis que chez les garçons le début de l'affection retarde en moyenne d'un an et au-delà environ; 3° Que les filles sont plus fréquemment atteintes de mal de Pott lombo-sacré que les garçons; sur 11 cas nous avons 7 filles et 4 garçons. Ces moyennes ont été prises sur des enfants ne dépassant pas l'âge de 7 ans.

(1) Medical Record, 1881, XX, p. 175.

EXAMEN DU SQUELETTE. — Dans le mal de Pott lombo-sacré, le tubercule atteint le plus souvent le corps vertébral à sa partie antérieure comme le démontrent nos observations; ces corps vertébraux peuvent être détruits en totalité et disparaître complètement (Obs. II, IX), ou laisser leur trace sous forme de carie dure (Obs. II) ou de carie tuberculeuse molle (Obs. I). Les apophyses épineuses et transverses peuvent être par contre fréquemment respectées en partie ou en totalité par le tubercule, alors même que la lésion des corps vertébraux correspondants est très avancée (Obs. II, V, IX) elles peuvent n'être que ramollies (Obs. I, III).

Les cartilages intervertébraux sont souvent complètement détruits (Obs. II, III, VII, VIII). Il nous serait difficile de dire s'ils ont été le siège principal ou secondaire de la lésion générale.

Le sacrum peut être le siège principal des altérations (Obs. I, II); il peut être réduit à une véritable éponge (Stoicesco, Obs. XIV), ou transformé en séquestres qui s'interposeront entre le tronçon supérieur de la colonne vertébrale et le reste du sacrum (Obs. X). Ceux-ci peuvent pénétrer ainsi que la matière caseuse dans le canal lombo-sacré (Obs. I, III). A la suite de ces pertes de substances osseuses, le sacrum est quelquefois réduit à un coin latéral (Obs. VII), plus rarement à côté de ces destructions on trouve sur cet os, un travail d'hypérostose, (Obs. III) ou une ostéite raréfiante (Obs. VII).

Les séquestres qui dérivent de ces altérations destructives peuvent être durs (Obs. III) ou spongieux et fongueux. Ils adhèrent quelquefois aux muscles voisins

(Obs. V) ; ou ils sont libres dans la poche des abcès ou dans la caverne formée par la disparition d'un ou plusieurs corps vertébraux de la région lombo-sacrée.

Ces cavités sont divisées quelquefois en compartiments par des séquestres en forme de lames (Obs. V, IX). Elles contiennent un liquide jaunâtre (Obs. II) ou sont remplies de matière caséeuse, de petits séquestres et de fongosités comme cela arrive le plus souvent.

L'articulation sacro-coccygienne peut être atteinte et détruite par le processus tuberculeux (Obs. II). Il n'est pas rare de voir l'articulation sacro-iliaque être le siège d'une altération profonde. Les surfaces articulaires correspondantes sont alors réduites à des séquestres et à des fongosités (Obs. I, III, XIX).

Le canal lombo-sacré peut être ouvert en avant ou en arrière et communiquer ainsi avec les foyers caséux tuberculeux (VIII, IX) ; des produits lardacés entourent la cavité. Il peut arriver que le canal lombo-sacré soit notablement rétréci dans son calibre, par suite de l'épaississement de la dure-mère qui est devenue fibreuse, fongueuse, purulente (Obs. I, III).

Par suite de ces destructions et pertes considérables de substance, il y a une séparation osseuse complète, dans le sens transversal, de façon que la colonne vertébrale se trouve divisée en deux parties, comme dans une fracture complète, l'une supérieure et l'autre inférieure et qu'elle n'est retenue en place que par les parties molles, lardacées environnantes et la dure-mère épaissie et solidifiée (Obs. X, XII, VI). On comprend facilement comment peuvent survenir des luxations de la colonne vertébrale (Obs. VII, VI, X).

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin pour la même cause destructive peut être notablement rétréci (Obs. V). Comme exemple de l'étendue et de la propagation de la lésion osseuse tuberculeuse nous citerons le cas de Colas (1), quoique nous ne connaissions pas le siège primitif de la lésion et par conséquent la direction de la propagation ; il s'agissait d'une lésion osseuse intéressant presque toute la colonne vertébrale depuis la première dorsale jusqu'à la dernière pièce du sacrum, cartilages et os étaient plus ou moins détruits.

De même dans notre observation XXI, à côté de la lésion vertébrale nous trouvons une tuberculose des ovaires, des trompes et de la cavité utérine des plus avancées chez une enfant de quatre ans. Etant donné que la tuberculose primitive des organes génitaux internes est si rare pour ne pas dire exceptionnelle chez les enfants et que d'un autre côté la tuberculose des os est si fréquente chez les mêmes sujets, il nous serait permis de croire que la tuberculose des organes génitaux aurait été dans ce cas consécutive à la lésion vertébrale supposée primitive.

MÉNINGES. DURE MÈRE. — La matière tuberculeuse envahit fréquemment l'épaisseur de la membrane rachidienne lorsqu'il existe une carie scrofuleuse du rachis. (Ollivier) (2), Delpech (3) dit ; « lorsqu'on trouve des ul-

(1) Thèse, 1877, ob. page 30.

(2) De la moelle épinière, V, II, 1827, p. 759.

(3) Traité de maladies réputées chirurgicales, V, III, p. 646.

cérations de ces membranes dans le canal vertébral, elles n'ont probablement d'autre origine que le ramollissement des tubercules qu'elles renferment; ce qui prouve que cette dégénérescence de l'enveloppe de la moelle est alors dépendante de celle qui affecte le tissu osseux, et qu'on ne l'observe que dans le point correspondant à la carie. » Donc d'après Delpech la dure mère ne serait toujours atteinte que secondairement. Dans le mal de pott lombo-sacré on trouve la dure mère, épaissie (Obs. II, III) lardacée, fongueuse, purulente (Obs. I) et même quelquefois cartilagineuse (Michaut) (1), consistance qui lui permettait à elle seule presque de soutenir les deux tronçons de la colonne vertébrale séparés complètement (Obs. II), et le cas de Colas cité page 18 suffit pour voir la résistance de la dure mère qui a pu protéger la moelle dans presque toute son étendue contre les tendances de déviations vicieuses d'une colonne vertébrale aussi altérée.

Dans d'autres cas par un travail ulcératif, la dure mère peut être percée, perforée. (Obs. VIII).

PIE-MÈRE. — Les altérations de la pie-mère ne sont pas rares (Michaut) (2). A l'ouverture du canal lombo-sacré nous avons constaté une coloration rosée de cette membrane (Obs. I).

NERFS. — Il serait à supposer que de même que les autres systèmes osseux, fibreux, musculaire, ganglio-

(1) Loc. cit. p. 13. Thèse 1873.

(2) L. cit. p. 14.

naire, etc., les nerfs ne resteraient pas, ou du moins très longtemps, indifférents au processus morbide tuberculeux qui envahit et détruit tout ce qui se trouve dans son chemin. Car nous savons que les nerfs se congestionnent très facilement lorsqu'ils sont dans une foyer inflammatoire et que cette lésion nerveuse consiste en une congestion avec exsudation. Mais l'inflammation suppurative des nerfs est rare et cela grâce à la résistance de la gaine lamelleuse qui entoure les nerfs et aux anastomoses nombreuses des vaisseaux sanguins intra et péri fasciculaires qui assurent l'indépendance de la circulation nerveuse (Cornil et Ranvier) (1).

Les nerfs peuvent rester longtemps dans un foyer purulent sans qu'ils s'altèrent facilement. Or nous voyons que dans le mal de Pott lombo-sacré les nerfs sont atteints de bonne heure presque aussitôt après le début de la maladie. A ne parler que d'après ce que nous démontre la clinique où nous voyons des atrophies musculaires très précoces débutant pour ainsi dire avec la maladie, nous dirons volontiers que les nerfs dans le mal de Pott lombo-sacré sont atteints très vite.

Nous attribuerions volontiers ces lésions si rapides à l'influence du bacille tuberculeux dont la tendance destructive est si marquée. Car dans l'affection qui nous occupe la matière tuberculeuse est souvent en contact immédiat avec les nerfs et ceux-ci sont atteints soit par l'action seule du microbe, soit par l'effet d'une compression nerveuse due aux fongosités et au caséum de la face interne de la dure mère (Obs. I). Le caséum infiltré dans

(1) Histol. pathol. p. 660.

les faisceaux de la queue de cheval (Bailly) (1), quand il a pénétré dans le canal lombo-sacré (Obs. II, VIII, IX) des esquilles osseuses qui sont entrées dans le canal rachidien (Obs. I, III) peuvent produire les mêmes accidents. Saison (2) cite un cas de mal de Poët lombaire avec une saillie osseuse dans le canal vertébral, répondant à la queue de cheval et sans aucun retentissement sensible sur la moëlle.

Cette compression nerveuse peut avoir lieu dans le trou de conjugaison ou la dure-mère au lieu de servir d'organe protecteur au nerf, l'étrangle grâce à son épaissement plus ou moins grand. Comme l'a dit Bouverier, les nerfs peuvent être réduits à de simples filets à peine distincts de l'enveloppe fibreuse que leur forme la dure-mère.

Ils peuvent être le siège d'une compression en dehors des trous de conjugaison par les abcès symptomatiques, ou lorsqu'ils se trouvent englobés dans un magma caséo-tuberculeux (Obs. IV) ou lorsque les nerfs traversent la poche d'un abcès (Obs. I), ou un orifice quelconque, l'échancrure sciatique par exemple (Obs. I).

On voit par ce qui précède que les nerfs sont atteints soit par l'action directe du tubercule, soit par une compression quelconque, soit enfin par l'un et l'autre de ces agents en même temps. Le siège primitif de la lésion nerveuse peut être soit dans le canal rachidien, soit même dans les trous de conjugaison et en dehors de ces trous (orifices).

(1) Soc. anat., 1855, p. 253.

(2) Soc. anat., 1867, p. 212

La compression nerveuse dans le mal de Pott lombosacré ne pourrait pas ordinairement arriver à être assez forte et brusque pour détruire le nerf complètement comme dans le cas de Benjamin page 51, à la suite d'un petit nevrome de la queue de cheval, tous les nerfs qui traversaient cette tumeur étaient réduits à une pulpe purulente.

Ces destructions complètes par compression arrivent, croyons-nous, dans le cas où l'agent compresseur est dur et constricteur (tumeur néoplasique). Or, dans le mal de Pott le détritus tuberculeux, est l'agent constricteur, cet agent est ordinairement mou, ce qui permet au nerf de fuir en partie au devant du mal.

Dans les cas de compression autre que le Mal de Pott la lésion nerveuse se propage facilement à la moëlle ; ainsi dans un cas de sarcome, les nerfs de la queue de cheval, comprimés par la tumeur, ainsi que les cordons postérieurs de la moëlle avaient subi une dégénérescence analogue. (Cornil et Ranvier (1)).

Plusieurs faits observés depuis ont démontré que les cordons de Goll subissent cette dégénérescence par suite de compression des nerfs de la queue de cheval.

GANGLIONS. — Il est fréquent de voir à l'ouverture du cadavre, des ganglions engorgés (Obs. I, II, III, IV) plus ou moins hypertrophiés (Obs. III, IV), caséux (Obs. III) soit dans le pli de l'aîne (Obs. I) soit fixés au devant des vaisseaux iliaques et à la veine cave inférieure, (Obs. I, III, IV), soit au devant du sacrum (Obs. II); ils

(1) Histol. pathol. I. I. p. 726.

sont quelquefois comprimés eux-mêmes dans un magma-caseux (Obs. IV.) Quelquefois ce sont eux qui compriment les vaisseaux au devant desquels ils sont accolés (Obs. I) et donnent naissance à de l'œdème. Voilà ce qu'on peut constater à l'œil-nu. Ainsi dans nos observations d'autopsie au nombre de treize nous avons trouvé :

1^o Dans un cas observé sur le vivant des ganglions volumineux occupaient l'aîne droite ; à l'autopsie outre ces ganglions cruraux, on trouve des ganglions engorgés le long des vaisseaux iliaques ; des ganglions dans l'aîne gauche moins gros que du côté droit et quelques-uns accolés à la veine cave inférieure du côté droit (Obs. I).

2^o Dans un cas des petits ganglions au-dessus du sacrum (Obs. II).

3^o Dans une observation plusieurs ganglions du volume d'une noisette caséeux, étaient accolés aux veines iliaques (Obs. III).

4^o Dans une autre autopsie au devant d'un abcès qui se trouvait en avant du sacrum, il y avait de très gros ganglions caséeux confondus dans un vaste noyau. (Obs. IV,)

5^o Des ganglions nombreux mais de volume plus considérable tout le long des vaisseaux du bassin. Dans leur tissu on y voyait de petits points tuberculeux (Obs. XXI).

6^o Des ganglions cruraux et inguinaux augmentés de volume et l'un d'eux présentant un foyer caséeux. (Obs. XXII).

Comme nos observations d'autopsie sont incomplètes pour la plupart il faut croire que l'attention n'a pas été

portée sur l'altération des ganglions, ainsi c'est avec la plus grande réserve que nous dirons que l'engorgement des ganglions accolés aux vaisseaux iliaques et à la veine cave inférieure est sinon constant du moins très fréquent dans le Mal de Pott Lombo-sacré.

VAISSEAUX. — C'est M. le professeur Lannelongue (1) qui le premier en France attira l'attention sur les altérations vasculaires dans le Mal de Pott en général; ces lésions ont été étudiées précédemment dans une thèse par Tounissont (2). Quant aux lésions vasculaires dans le mal Pott lombo-sacré, nous n'avons remarqué ni déviations ni autres altérations macroscopiques. Est-ce dû à la distribution spéciale des vaisseaux, au niveau de la région lombo-sacrée? En tout cas ce n'est que dans l'Obs. XXI que nous trouvons une lésion de l'aorte; mais il faut dire que la lésion tuberculeuse remontait plus haut jusqu'à la 11^e vertèbre dorsale.

MUSCLES. — Les lésions macroscopiques des muscles sont quelquefois très marquées; ils peuvent être complètement détruits, réduits en une pulpe purulente, ou simplement pâles, anémiés, mous, grassex même au toucher; ils sont quelquefois englobés dans des magma caséeux; ils peuvent être détruits par la compression exercée par un abcès symptomatique (Obs. II).

Ainsi d'après ce que nous avons vu dans nos autopsies qui nous sont personnelles et celles que M. le pro-

(1) *Sec. Chirurgie*, 1886. 23 juin.

(2) *Thèse* 1887.

fesseur Lannelongue a bien voulu mettre à notre disposition nous avons constaté ce qui suit :

Dans un cas les muscles fessiers gauches sont détruits en grande partie et ne viennent plus s'insérer au grand trochanter qui apparait tout dénudé, disséqué et forme une saillie à la partie externe (Obs. II.).

Dans un cas le muscle iliaque du côté gauche était détruit en partie ainsi que le muscle psoas du même côté par un abcès qui était au-devant d'eux. Le muscle psoas du côté droit était de couleur noir verdâtre et altéré (Obs. I).

Dans un cas les psoas dans leur portion qui correspond à l'angle sacro-vertébral étaient confondus dans un magma caséeux. (Obs. IV).

Dans un cas des fragments de lames osseuses étaient adhérentes aux muscles psoas. (Obs. V).

Dans un cas les adducteurs et le droit interne étaient détruits et envahis par la paroi d'un abcès qui descendait au milieu de ces muscles.

Il en résulte que sur cinq cas d'altérations musculaires visibles à l'œil nu dans le mal de Pott lombo-sacré, trois fois les muscles psoas iliaques ont été détruits en partie.

D'après Michaut (1) le microscope indiquerait un état granuleux avec disparition de stries des muscles altérés par l'affection tuberculeuse. Les examens microscopiques faits par M. le Dr Achard sur les différents muscles, dans les cas des observations I et II, ont montré que certains de ces muscles étaient en voie de dispari-

(1) L. Cit. p. 37.

tion, d'autres étaient le siège d'une atrophie très avancée, d'autres étaient très diminué de volume, d'autres enfin, en voie de dégénérescence graisseuse, etc, etc.

ABCÈS. — D'après ce que nous avons observé sur les onze cas cités, nos données seraient tout-à-fait conformes à la division donnée par Bouvier. Quand au siège des abcès lorsqu'ils sont apparents on les divise :

1° Abcès ilio fémoraux qui viennent paraître à la face interne et antérieure de la cuisse.

2° Ischio-fémoraux en suivant les vaisseaux femoraux une fois l'échancrure sciatique traversée et qui pourraient, d'après Bouvier aller jusqu'au creux du jarret (Loc. Cit. p. 37).

3° Ilio-abdominaux. Le pus s'engage entre le péritoine et les muscles abdominaux après avoir percé la fascia iliaca, et se fait jour quelquefois à la paroi antérieure de l'abdomen ; la suppuration peut suivre le trajet inguinal et simuler une hernie.

Les collections purulentes au niveau de la gibbosité ou ses parties latérales sont assez rares dans le mal de Pott lombo-sacré (Coudray Lauréal) (1).

Notre statistique qui porte sur 11 autopsies de mal de Pott lombo-sacré dont trois personnelles, nous donne 13 abcès par congestion, à l'autopsie soit : 1 : 1. Quant à la statistique des vivants sur huit malades il y en a trois qui présentent des abcès visibles. soit 1 : 3.

Ces abcès symptomatiques sont formés par une mem-

(1) Thèse Paris 1874.

brane tuberculogène à contenu bacillaire résultant de la fonte de dépôts caséux et de débris d'organes tombés dans le déliquium ou sous la forme de séquestres.

Ces abcès peuvent détruire les organes contre lesquels ils s'appliquent, les os mêmes (obs. iv) les muscles (obs. ii) et ils suivent comme nous avons vu le trajet des organes qui sont pourvus de mouvements continuels, tels sont les muscles, vaisseaux, etc.

Quant au trajet des abcès nous verrons que dans les 13 observations d'autopsies que nous possédons la distribution des abcès était la suivante :

Dans 1 cas. Deux petits abcès du volume de deux marrons un de chaque côté de la colonne vertébrale et communiquant entre eux sur la ligne médiane (obs. vi).

1 cas. L'abcès descendait au devant du sacrum dans sa concavité jusqu'au coccyx (obs. ii).

1 cas. L'abcès descendait au-devant du sacrum jusqu'à la pointe du coccyx (obs. iv).

1 cas. 2 abcès dont l'un descend au-devant du sacrum jusqu'au coccyx et remonte en haut jusqu'à la 3^e lombaire; le second part du premier abcès, traverse l'échancre sciatique par le haut, descend dans la fesse, contourne le grand fessier et arrive à la partie postero-interne de la cuisse avec le volume d'un poing (obs. x).

1 cas. Deux poches latérales descendaient dans le bas de la gouttière lombaire (obs. v).

1 cas. L'abcès prend son origine dans l'articulation sacro-iliaque et remonte ensuite vers le muscle psoas qu'il détruit en partie ainsi que le muscle iliaque (obs. i, ii, x).

1 cas. L'abcès est dans l'épaisseur du muscle iliaque et remonte en haut jusqu'à la première lombaire, pour passer sous l'arcade crurale au-devant du fémur jusqu'au dessous du petit trochanter (obs. II). Un second abcès vient s'ouvrir dans celui-ci au-devant du fémur.

1 cas. L'abcès remontait dans la gouttière vertébrale jusqu'aux reins et descendait en bas dans la fosse iliaque (obs. IX).

1 cas. Dans l'épaisseur du psoas l'abcès remplit la fosse iliaque (obs. XXI).

1 cas. L'abcès dans la gaine du psoas vient apparaître à la cuisse (obs. XXII).

1 cas. Abcès à la face interne et supérieure de la cuisse.

1 cas. Abcès à la partie supérieure externe de la cuisse droite (obs. X).

1 cas. Abcès dans la fesse droite (obs. III).

1 cas. Dans la fesse droite (obs. XVI).

1 cas. Dans la fosse iliaque gauche (obs. XV).

1 cas. Abcès multiples : cinq trajets fistuleux.

En résumé : sur 13 cas d'abcès par congestion :

3 fois les abcès communiquent entre eux.

3 fois ils descendent jusqu'au coccyx au-devant du sacrum.

11 fois ils sont descendants.

4 fois ils sont descendants et récurrents en même temps.

4 fois ils sont dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque : ceux-ci sont détruits en partie.

Plusieurs de nos observations d'autopsie sont très in-

complètes, ce qui ne nous permet pas de continuer nos conclusions anatomo-pathologiques.

MODE DE GUÉRISON. — Quoique nous ne possédions pas de pièces de ce genre dans nos observations, nous en dirons pourtant un mot d'après ce que nous avons pu voir dans certains musées de Paris. Des autopsies multiples ont démontré que la réparation osseuse dans le mal de Pott lombaire peut se faire de plusieurs manières :

Tantôt par un véritable cal osseux, solide et massif (Moore) (1) ou en forme d'étui osseux (Cloquet)(2), dans ces cas deux tronçons sains de la colonne vertébrale sont solidement soutenus après la guérison. Quelquefois cette réparation se fait par de simples jetées osseuses... en forme de stalactites comme on en voit un bel exemple au musée Dupuytren (pièce n° 264).

Mais ces stalactites ne sont pas toujours assez solides car elles peuvent se fracturer très facilement (Chassaignac L. cit), et comme dans le cas si curieux de Morel Lavallée 3) où il s'agit d'un boulanger avec abcès ilio-fémoral, peu ou point de gibbosité, qui sentit un jour sa colonne vertébrale s'affaisser ; la mort arriva peu de temps après cet accident ; l'autopsie montra 4 corps vertébraux lombaires détruits ; des jetées osseuses périphériques qui soutenaient naguère la colonne s'étaient fracturées. L'os détruit peut être remplacé par une excavation osseuse

(1) Lancet, 1883. I. 409.

(2) Gaz. Hop., 1858, p. 108.

(3) Gaz. Hop., 1858, p. 197.

(Denonvilliers) (1) pièces n° 228, 248 musée Lannelongue, n° 267 B, musée Dupuytren, ces cavernes peuvent communiquer avec le canal vertébral comme dans les cas n° 265 A, 262, 262 B, 261 A, 266 musée Dupuytren. Soit par une cavité tapissée par une membrane et remplie soit du mucus, comme dans le cas de Morel Lavalée (2), soit d'une matière adipeuse ou d'une moëlle couleur lie de vin, semblable à celle qu'on trouve dans le rachitisme (lésion que M. Tavignot a décrit le premier (3).

Quelquefois les deux tronçons de la colonne vertébrale sont réunis par un magma mixte de partie molle et de caseum, comme dans le cas de la pièce du musée Dupuytren n° 267, dans d'autres cas les deux tronçons vertébraux se touchent à la suite de l'inflexion de la colonne et sont en quelque sorte lutés par de l'os de nouvelle formation; la pièce n° 265 A du musée Dupuytren en est un exemple, ou les os peuvent rester toujours à l'état spongieux n° 267 A et n° 265, 265 E, musée Dupuytren etc.

Dans certains cas des vertèbres supérieures saines peuvent se précipiter et remplir la caverne au dessous d'elles comme dans le cas du n° 265 B musée Dupuytren et la pièce 195 musée Lannelongue, hop. Trousseau.

Quelquefois les sequestres peuvent s'enkyster, s'isoler dans l'organisme sans signe extérieur (Giraldes) (4).

Il se peut que les cartilages seuls soient complètement

(1) Dict, encyclop. T. I. p. 51.

(2) Loc. Cit. p. 108.

(3) Journal l'Espérance 13 juin 1844.

(4) Gaz. Hop. 1858, p. 108.

détruits tandis que les corps vertébraux ne sont détruits qu'en partie, il en existe un bel exemple au musée Lannelongue, pièce n° 306.

Un dernier mode d'élimination des séquestres consiste dans l'expectoration comme Deville l'a vu à plusieurs reprises (1), ou dans l'expulsion au dehors avec les produits de la suppuration (Lallemand) (2).

Parfois ces ossifications nouvelles forment un tout continu en interceptant entre elles des anfractuosités dans lesquelles il n'est pas rare de trouver, outre du tissu fibreux, des restants du contenu sous forme de débris de matière crayeuse, adipeuse, etc.

Les abcès par congestion guérissent parfois en se réduisant par ratatinement à un simple cordon. L'abcès peut se transformer en une tumeur solide, comme dans le cas de Denonvilliers (3), où une femme de 40 ans avait un abcès étendu des deux dernières vertèbres lombaires cariées à la partie supérieure de la cuisse. Ce mal vertébral s'était guéri de même en laissant dans l'aîne une tumeur solide du volume d'un poing gênant les mouvements de la malade (Lannelongue, tuberculose osseuse). A aucune époque elle n'avait éprouvé de douleur ; Elle n'avait jamais cessé de travailler. On l'opère de cette tumeur, elle meurt et l'autopsie fait constater l'abcès et la lésion du rachis.

Bardinet (4) cite un cas de mal de Pott lombaire avec

(1) Bull. Soc. Anatom. T XXVIII, p. 474.

(2) Arch. Gener. Médec. 1835, p. 474.

(3) Denonvilliers, page 54.

(4) Revue méd. Limoges n° 3 mars.

deux abcès... dont l'un se convertit en tumeur gazeuse; qui contenait de l'azote d'après l'analyse faite.

Les abcès par congestion guérissent aussi en se détachant de leur point d'origine et ils deviennent libres et contractent des adhérences avec d'autres organes et ils peuvent exister ainsi sans provoquer des troubles (Chassaïgnac (1) (OBS. XXI, XXII) ou même disparaître complètement par résorption.

Abernethy a fait connaître un fait consécutif spécial consistant dans la formation de collections purulentes entièrement séparées de l'ancien trajet et de la source primitive du pus. Ce sont alors de simples abcès froids que l'on peut traiter à l'exemple du chirurgien anglais par de larges incisions, le séton, les injections irritantes, etc. (Bouvier, p. 84.)

Quant aux autres parties molles, muscles, nerfs, vaisseaux etc., il faut croire qu'ils se régénèrent facilement si leur désorganisation n'a pas été complète, car dans des autopsies de mal de Pott lombo-sacré... on ne parle pas même de l'état de ces parties, preuve qu'on les a trouvées macroscopiquement intactes.

Le mal de Pott peut s'accompagner comme il a été dit plus haut de lésions médullaires par propagation, mais souvent aussi, le mal de Pott peut entraîner la tuberculisation des organes intra pelviens comme dans notre observation XXI.

M. Wilk (2) a vu trois fois la maladie d'Addison

(1) *Gaz. hop.* 1858, p. 156.

(2) *Schmidt's Jahrbüches*, CXXVI, p. 405.

compliquer le mal de Pott. Toutes les fois c'étaient les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires qui étaient affectées depuis plusieurs années: d'où il conclut que les capsules surrenales n'étaient atteintes que secondairement. Hardwick (1) et Hulke (2) citent chacun un cas semblable.

Enfin il n'est pas rare d'observer chez les enfants atteints de cette affection la steatose du foie et des reins et aussi, mais à la dernière période des diarrhées incoercibles, de la tuberculose pulmonaire, des méningites tuberculeuses, etc., etc.

SYMPTOMES.— La moëlle descend comme on le sait en pointe jusque derrière la deuxième vertèbre lombaire (Sappey) (3), (Morel et Duval) (4) au niveau de la première vertèbre lombaire, (Beunis Bouchard) (5) jusqu'à la 2^e lombaire (Puel) (6). La moëlle ne s'étend guère au delà de la deuxième vertèbre lombaire où elle se termine en pointe (Cruveuhlier) (7), ou elle finit au niveau de la première lombaire (Winslow, Morgagni l'a vue descendre jusqu'à la deuxième lombaire. Keuffel l'a vue atteindre la troisième vertèbre lombaire sur un individu, et s'arrêter à la onzième dorsale chez un autre.

Aucun de ces auteurs ne donne une limite pour cha-

(1) Schmid's Jahrbücher, CXXVI, p. 107.

(2) Schmid's Jahrbücher, CXXVI, p. 123, 124.

(3) Anatomie descriptive, THI p. 171.

(4) Manuel d'anatomie, 1883 p. 672.

(5) Anatomie descriptive 1880 p. 534.

(6) Thèse d'agrégation, 1878, du mal vertébral.

(7) Anatomie descriptive.

que âge. D'après nos recherches anatomiques à l'hôpital Trousseau nous avons trouvé :

Chez une fille de 13 ans la moëlle descendant à la 2^e lom.

—	de 13 ans 1/2	—	au mil. de la 2 ^e	—
garçon	de 4 ans	—	—	2 ^e —
—	filles de 3 ans 1/2	—	à la fin de la 2 ^e	—
—	3 ans	—	—	1 ^{re} —
—	10ans	—	—	1 ^{re} —

On peut donc supposer que lorsque le mal de Pott est limité à la région lombo-sacrée, la moëlle peut, au moins dans les premiers temps de la maladie échapper au processus tuberculeux, d'abord parce qu'elle ne descend dans le canal lombo-sacré que jusqu'à sa partie supérieure, et ensuite parce que la propagation morbide à la moëlle par les nerfs ou par les meninges ne se fait que secondairement, et quelque temps après l'envahissement tuberculeux de la région osseuse. Or, comme le canal lombo-sacré, est rempli par les nerfs de la queue de cheval qui flottent librement dans le liquide céphalo rachidien, on peut admettre que des produits tuberculeux puissent pénétrer dans le canal lombo-sacré. Obs. III, XIII) (Michaud) que des saillies osseuses ou des vertèbres luxées (Saison) (2) (Obs. VI, VII), puissent comprimer certains nerfs de la queue de cheval à l'exclusion des autres, la grande mobilité de ces nerfs et leur élasticité leur permettant de fuir en quelque sorte devant l'agent de la compression.

(1) Thèse 1871, p. 37.

(2) Saison, société an. 1867, p. 212.

Lorsque le mal de Pott lombo-sacré ne se complique pas d'une lésion propagée à la moëlle (comme dans un cas de sarcome de la queue de cheval ou on trouva une dégénérescence de ces nerfs ainsi que des cordons postérieurs de la moëlle (Cornil et Ranvier) (1), il est difficile d'après les symptômes seuls, de dire si la lésion porte directement sur telle ou telle partie du trajet du nerf, ou s'il y a de la pachyméningite spinale avec ou sans lésion nerveuse; cependant la connaissance exacte des nerfs correspondants à des groupes de muscles pourra nous conduire à la localisation de la maladie sur un nerf donné.

Quant à la différence entre les symptômes d'une lésion de la moëlle et d'une lésion des nerfs de la queue de cheval, ils ont été indiqués de main de maître par Brown Sequard (2) lui même. Cet auteur s'exprime de la façon suivante :

• Un premier fait fait distinguer nettement la lésion des nerfs de la queue de cheval, d'une lésion d'une moitié latérale de la moëlle. C'est que la paralysie de la sensibilité et du mouvement volontaire ne frappe que quelques nerfs d'un membre inférieur dont l'origine est au-dessous du siège de la lésion dans la moëlle.

Une seconde différence est que l'anesthésie dans les cas de lésion des nerfs d'un côté, n'existe que de ce côté tandis qu'elle existe des deux côtés lorsque la lésion bien que limitée à un seul côté se trouve au renflement lombaire. Dans une excellente observation de lésion des nerfs

(1) *Ibisto pathol.* T I, p. 726.

(2) *Physiologic*, 1863, p. 623.

de la queue de cheval d'un côté rapporté par M. Knapp (1) il n'y avait de paralysie du mouvement et de la sensibilité que dans *un* des membres inférieurs.

Dans un cas moins simple de M. Desruelles (2), il y avait par suite de fracture du rachis par une balle, une lésion de la queue de cheval plus considérable à droite qu'à gauche, ayant causé à droite la perte de mouvement volontaire et à gauche une diminution de ce mouvement dans les jambes. Il y avait en outre perte de sensibilité à la partie interne de la jambe droite et diminution de la sensibilité à la partie externe de cette jambe et partant dans l'autre. C'est aussi à une lésion de la queue de cheval qu'il faut rapporter la paralysie du mouvement avec anesthésie du même membre abdominal chez un malade traité en 1829, service de Brochet à l'Hôtel-Dieu, pour une fracture (supposée du rachis au niveau des dernières vertèbres dorsales. L'absence de troubles dans les fonctions du rectum et de la vessie, et le prompt retour des fonctions motrices et sensitives, dans le membre d'abord paralysé contribuent à montrer que la moëlle n'avait pas été lésée, et que l'altération des nerfs de la queue de cheval n'avait pas été considérable. »

Nous nous bornerons aux symptômes du mal de Pott lombo-sacré chez les enfants, dans lesquels nous ne soupçonnerions pas une lésion de la moëlle. Ces symptômes nous les diviserons en deux ordres : symptômes physiques et symptômes fonctionnels; chacun d'eux sera

(1) Bull. S. anat. 1852, p. 12.

(2) New-York J. of Med. sep. 1851; p. 198.

étudié successivement dans les trois stades du mal de Pott lombo-sacré, division que nous adopterons pour la facilité de la description.

PREMIER STADE. — Il s'étend du début de la maladie à l'apparition de la gibbosité et des abcès (dans le cas où l'un et l'autre de ces deux derniers symptômes manquent, on considérera le cas comme anormal).

Dans cette période les symptômes fonctionnels généraux prédominent, les symptômes physiques sont peu nombreux, et à peine apparents.

La durée de cette première période du mal de pott lombo-sacré chez les enfants peut-être approximativement de quelques semaines (Obs. XI, XVI) de quelques mois (Obs. XIII, XV) même au dessus d'un an (Obs. XII, XIV).

SECOND STADE. — Il apparait avec la gibbosité, ou l'abcès, et va jusqu'au début de l'état cachectique dans les cas malheureux, ou d'amélioration dans les issues favorables; ici la symptomatologie change, les phénomènes physiques prennent le dessus, ils entraînent le diagnostic pour lequel on hésitait dans le premier stade. Tandis que les symptômes fonctionnels s'amendent de beaucoup, les enfants sont moins tristes de caractère, ils mangent bien, dorment tranquilles et ils n'ont pas de fièvre ! — La durée de cette période varie avec la nature de l'enfant et les conditions hygiéniques, car c'est la seule époque du Mal de Pott lombo-sacré dans laquelle les fonctions du malade s'étant améliorées, il peut profiter avantageusement des soins qu'on lui donne.

LE TROISIÈME STADE comprend l'état de cachexie ou de convalescence selon que le malade va guérir ou au contraire marcher vers la terminaison fatale. Dans cette période, dont la durée est aussi variable que celle du second stade, on voit apparaître des symptômes avec tout leur cortège physique et fonctionnel et qui marchent fatalement en augmentant d'intensité en conduisant le malade jusqu'au marasme, tantôt au contraire, ces symptômes disparaîtront petit à petit si les lésions organiques sont en voie de réparation.

Nous allons étudier les uns après les autres les différents phénomènes du Mal de Pott lombosacré chez l'enfant dans les trois stades de cette maladie.

Loin d'avoir la prétention de décrire tous les phénomènes qui pourraient se produire dans l'affection qui nous occupe, nous nous bornerons modestement à noter les symptômes que nous avons eu l'occasion d'observer nous-mêmes chez les enfants à l'hôpital, et ceux qui sont cités par certains observateurs que nous avons pu trouver.

SIGNES PHYSIQUES, l'*attitude* de l'enfant devient presque caractéristique aussitôt que la maladie commence à faire ses ravages. Les enfants comme nous l'avons dit page 13 prennent toutes les positions possibles pour éviter les mouvements des articulations vertébrales ; ainsi ils s'appuient sur les genoux pour se baisser, ils se tiennent d'une seule pièce lorsqu'ils marchent ou sont debout (obs. xv) ; pour tourner la tête ils sont obligés de tourner entièrement le corps avec rigidité. — Les mem-

bres inférieurs à l'état de repos, et quelquefois lorsqu'on fait marcher les enfants, sont fléchis ou mi-fléchis sur eux-mêmes ou sur le bassin (obs. I, XIII, XI, etc.) phénomène qui est dû à la contraction du psoas ou d'autres muscles ; quelquefois les membres sont en extension d'où un certain degré d'équinisme (obs. I) et lorsque les enfants marchent, à cause de ces contractures et atrophies musculaires partielles dont nous parlerons plus loin, ils traînent soit une jambe, soit les deux qui, le plus souvent sont en abduction (obs. sus-indiquées.) Ces phénomènes d'attitude commencent dans le premier et ils sont très manifestes dans le second et le troisième stade de la maladie si l'enfant peut encore marcher ou se tenir debout.

FACIES. — Les enfants atteints du Mal de Pott lombo-sacré manifestent l'état morbide dont ils sont la proie par les traits de leur figure qui indiquent la souffrance générale, le chagrin, la tristesse, l'indifférence pour tout ce qui les entoure... Ce *facies*, sans qu'il soit le facies des gibbeux de Pajot, n'en est pas moins spécial. Colas (1) dit que le *facies* de Pajot manque dans le Mal de Pott lombo-sacré et nous l'approuvons, car nous ne l'avons jamais rencontré dans nos observations à l'hôpital ; ce signe disparaît souvent dans le second stade où les enfants deviennent d'une certaine gaieté relative.

GIBBOSITÉ. — On ne peut presque jamais savoir au

(1) Thèse 1877.

juste le temps qui s'est écoulé entre le début précis de la maladie et l'apparition de la gibbosité. Approximativement, et au dire des parents, la gibbosité apparaîtrait dans certains cas au bout de quelques semaines (obs. XI, XVI) quelques mois (obs. XIII, XV) ou quelques ans (obs. II, XII, XIV). La gibbosité peut manquer (obs. X) et dans l'observation de Nichet (1) on voit que les deux vertèbres lombaires détruites étant fixées par la substance osseuse de nouvelle formation la colonne vertébrale ne pouvait s'incliner en avant.

Ce grand symptôme physique apparaît avec le second stade pour ne jamais disparaître si ce n'est quelquefois qu'à la suite de l'intervention.

De chaque côté de la gibbosité on trouve presque toujours deux tumeurs formées par les muscles sacro-lombaires contracturés qui sont accompagnés quelquefois d'un certain gonflement. Cette contraction de ces muscles précéderait dans certains cas la formation de la gibbosité (Lannelongue cours fait à la faculté 1887). Nous avons remarqué dès le début et même avant la formation manifeste de la gibbosité, une circulation veineuse périphérique qui est à peine visible au commencement de l'apparition de la gibbosité et qui se développe beaucoup après, et dans certains cas s'étend aux autres parties du corps : ventre, thorax, membres inférieurs... comme dans l'obs. III. De même que la douleur, la présence de ces veines superficielles, développées, pourrait servir, quand elles existent, à localiser d'avance le siège de la gibbosité.

(1) Loc. cit. p. 535.

ABCÈS. — Ils apparaissent dans le second stade de la maladie. Nous n'avons pas eu assez de temps pour poursuivre les malades et voir si ces abcès guérissent spontanément ou s'ils cèdent à la longue aux traitements. Quelquefois ces abcès emportent les malades par la septicémie (obs. II, III.) Bouvier donne un signe qui permet de reconnaître l'abcès avant son apparition sous la peau : « c'est un léger degré de flexion de la cuisse du côté malade. Le muscle psoas contracturé par l'irritation que cause le contact du pus produit cette attitude. Rien qu'à la démarche du malade on peut reconnaître l'existence des abcès dans la fosse iliaque correspondant à la flexion. Une fois que l'abcès a apparu sous la peau, il est facile de pouvoir le mettre à côté des autres signes déjà connus du mal de Pott lombo-sacré. »

Les ganglions cruraux et inguinaux peuvent être engorgés dans le Mal de Pott lombo-sacré (obs I, XI, XV, XVI, XVII, XVIII).

TROUBLES TROPHIQUES, l'*atrophie musculaire* dans le Mal de Pott lombo-sacré est surtout caractérisée en ce qu'elle est précoce et flasque, partielle et irrégulière dans sa distribution (voir les observ. à la fin du texte). Ces deux derniers caractères nous permettent à eux seuls d'éliminer d'abord une maladie de la moelle dont une seule lésion unilatérale produirait des atrophies totales et symétriques des membres inférieurs (Broun-Sequard) (1) et ensuite de localiser la lésion aux nerfs de la queue de cheval avec ou sans méningite.

(1) Voir page 35.

Dans nos observations à l'hôpital, nous avons vu que ces atrophies commençaient quelquefois, au dire des parents, peu de temps après le début de la maladie générale (une ou deux semaines après); que les enfants ont les jambes amaigries à ce moment, qu'ils marchent péniblement, se fatiguent très vite, et qu'ils traînent leurs jambes (voir obs. à la fin du texte). Cette atrophie des muscles, des membres inférieurs est flasque en général, la contracture peut exister dans certains cas (obs. XII).

D'après ce que comportent nos observations personnelles (voir à la fin du texte) les muscles le plus souvent et les premiers atteints seraient, par ordre de fréquence : les muscles de la partie interne de la cuisse, le triceps sural, les muscles de la partie antérieure sans que pour cela il y ait de la symétrie ou de la constance dans la distribution des atrophies musculaires.

GANGLIONS CRURAUX. — Dans presque toutes nos observations nous avons trouvé des ganglions multiples et petits (obs. II, III, XI, XII, XIII, XV, XVII, XX).

TROUBLES TROPHIQUES. — La peau est assez souvent le siège d'une dénutrition générale ou locale; il y a tantôt des épaissements considérables de la peau de la plante des pieds avec crevasses et sillons (obs. I) ou un eczéma exythemateux tenace et rebelle (comme dans notre cas (obs. XVII) à la suite de la moindre pression il survient des eschares, des érythèmes, hypertrophie cornée avec ou sans exfoliations des ongles, des orteils (obs. III), une croissance très abondante de poils sur la

région vertébrale et les membres inférieurs tout spécialement sur les parties correspondantes aux muscles atrophiés. Nous avons eu l'occasion de voir cinq fois chez deux enfants (obs. II, XV) une sorte d'éruption générale plus ou moins discrète sans fièvre ni réaction générale et qui disparaissait le lendemain.

LE TOUCHER RECTAL. — A l'aide du toucher rectal que nous avons pratiqué sur des enfants atteints de Mal de Pott lombo-sacré nous avons senti très nettement du côté du sacrum les modifications suivantes :

La face antérieure du sacrum est moins concave qu'à l'état normal, plus plane, l'angle sacro-vertébral moins saillant que chez des sujets sains du même âge; on sent à sa place une surface assez large, un peu convexe en avant et rugueuse. Dans deux cas (obs. XI, XVI) le sacrum était douloureux à la pression. Sa face antérieure paraissait sous le doigt moins lisse qu'à l'état normal.

Dans un cas (obs. I) nous avons observé des taches rouges disséminées sur les membres inférieurs.

Les troubles trophiques cutanés, observés ci-dessus, apparaissent ordinairement dans le II stade de la maladie et progressent avec elle.

SIGNES FONCTIONNELS. — Le caractère de l'enfant qui est si changé dans les premiers temps de la maladie, s'adoucit, s'améliore. Une faiblesse, une lassitude en général localisée en particulier dans les jambes et ressentie par les enfants atteints de Mal de Pott lombo-sacré au commencement de leur maladie, continue et de-

vient de plus en plus grande à mesure que la maladie avance.

DOULEUR. — On peut la provoquer au début du Mal de Pott sur la région lombo-sacrée en pressant sur les apophyses épineuses ou transverses comme l'indique M. le professeur Lannelongue qui considère avec juste raison ce signe comme presque pathognomonique, ou tout au moins d'une très grande valeur au début de la maladie contrairement à Eulenburg (1) qui considère comme erronée l'idée que la pression sur les apophyses épineuses soit douloureuse au début du Mal de Pott lombo-sacré. Un bon moyen d'explorer cette douleur en dehors de la pression médiate sur les vertèbres consiste : l'enfant étant couché sur le ventre, de le relever par les deux pieds comme a l'habitude de le faire M. le docteur Jules Simon... Une fois la gibbosité apparue, cette douleur provoquée par la pression diminue d'intensité pour ne pas dire qu'elle disparaît, car chez nos malades de l'hôpital, nous faisons une forte pression sur leur gibbosité pour provoquer une douleur à peine sensible.

Des douleurs pseudo névralgiques crurales ou d'autres peuvent précéder l'apparition de la gibbosité (obs. XIV). Chez les enfants il est difficile d'examiner cette douleur. En général les enfants ne se plaignent pas de douleurs spontanées dans le dos dans le Mal de Pott lombo sacré (obs. XV, XIII.)

PARALYSIE. — Elle est flasque, d'après ce que nous

(1) Smidt's Jahrbuchers C L II p. 136.

avons vu à l'hôpital elle peut aller jusqu'à la paralysie complète (obs. xi), il peut y avoir des amendements et quelquefois la paralysie disparaît complètement (obs. xiv, xv). Les enfants sont parfois atteints d'une telle faiblesse des membres inférieurs, au début du Mal de Pott lombo-sacré, qu'ils sont presque paraplégiques..

DÉMARCHE. — Lorsqu'on fait marcher le malade, quand il peut le faire, on voit qu'il est obligé pour avancer de se dandiner tantôt à droite, tantôt à gauche comme dans la luxation double coxofémorale (marche de canard) il s'appuie quelquefois sur les genoux ou sur les cuisses selon que la colonne vertébrale est plus ou moins fléchie en avant. Les épaules peuvent ne pas être au même niveau (obs. xv).

TROUBLES VASO-MOTEURS. — A ce propos nous avons fait quelques recherches thermométriques sur les enfants atteints du Mal de Pott lombo-sacré, avec l'appareil du docteur Redard. Cet instrument est excellent quant à sa précision, son fonctionnement expéditif et surtout sa sensibilité, qualités qui sont rigoureusement nécessaires pour prendre les températures locales. Donc toujours avec le même instrument et dans les mêmes conditions, nous avons fait la moyenne de dix températures pour chaque partie indiquée dans le tableau (page 48) chez chacun des neuf enfants. Les résultats ont été les suivants : la température prise au niveau de la gibbosité est au-dessous de 1 degré et quelques dixièmes

(1) Michell Thèse 1871.

de la température prise sur la portion saine de la colonne vertébrale entre les angles inférieurs des omoplates, et de deux degrés environ au-dessous de la température de l'aisselle. La différence de la température prise à la plante des pieds varie d'un degré et quelques dixièmes, en faveur du membre plus atteint, plus atrophié. Cette différence de température ne se fait pas sentir à la main. Pour contrôler ces températures, nous avons pris la température de quinze enfants dont les membres et la colonne vertébrale étaient sains, sans fièvre; la température fut prise avec les mêmes précautions et dans les mêmes parties du corps, et nous avons constaté que la température de la région lombaire était égale à 1-2 dixièmes près, à la température prise entre les angles inférieurs des omoplates; que celle-ci était d'un degré inférieur à la température de l'aisselle et que la température de la plante des pieds était égale à 1-2 dixièmes près.

Nous avons pris la température à la plante des pieds seulement chez 12 enfants atteints de coxalgie avec différents degrés d'atrophie musculaire et nous avons trouvé : qu'il y avait une différence de température entre le membre sain et le membre atteint de coxalgie; cette différence de température était en sus pour le membre avec coxalgie, elle variait de quelques dixièmes jusqu'à 3 degrés (Lit 38, salle Giraldès) de 2 degrés (lit n° 20, salle Bouvier). En général plus l'atrophie du membre avec coxalgie était marquée, plus la différence entre les températures des deux membres était grande, alors même que le membre sans coxalgie était très atrophié aussi.

A titre de curiosité nous dirons que chez les enfants dont la colonne vertébrale et les membres inférieurs sont sains, aussi bien que chez les enfants atteints du mal de Pott lombo sacré ou de coxalgie, nous avons observé que la température de l'aisselle était normale chez tous (37, 37 5). La température de la plante des pieds, chez les mêmes enfants, variait selon l'individu. Chez les uns elle était de 35, chez d'autres 32, 31, 27, 24, etc.

Il résulte de ces comparaisons et observations thermométriques, inconnues jusqu'à présent, que, dans le mal de Pott lombo-sacré, le trouble de calorification marche de pair avec l'atrophie musculaire, conséquence d'une lésion nerveuse tuberculeuse. Quoique cette atrophie soit au plus haut degré dans les 2 membres, pourtant, du côté de la coxalgie, la température l'emporte jusqu'à 3 degrés sur l'autre membre.

Nous osons à peine hasarder l'hypothèse suivante : Lorsque l'atrophie musculaire est due à une altération nerveuse d'origine microbienne tuberculeuse, l'agent infectieux agit directement sur le nerf, comme dans les cas de coxalgie et du mal de Pott lombo-sacré (dans ces cas il arrive souvent que les nerfs sont en contact direct avec le caseum tuberculeux) et non pas indirectement par l'intermédiaire du sang comme dans les cas d'infection générale. Il arrive alors que dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque le nerf est en contact direct avec le microbe tuberculeux, l'atrophie musculaire est accompagnée volontiers de troubles de calorification et que les nerfs qui président à cette dernière fonction soient atteints par les tubercules en même temps que les nerfs

moteurs. Les nerfs sensitifs paraissent plus indifférents à l'envahissement des microbes, car la sensibilité a été normale dans presque toutes nos observations, qu'à l'exploration par les moyens ordinaires : reste à savoir si, avec des instruments sensibles, on pourrait avoir quelques autres résultats. Dans quelques cas, nous avons observé une sensibilité plus grande au niveau de la gibbosité que sur le reste de la colonne vertébrale.

TEMPÉRATURES LOCALES. — Moyennes de dix températures prises dans chaque partie du corps indiquées ci-après, chez des enfants atteints du mal de Pott lombosacré.

Salle Denonvilliers. — Hôpital Trousseau

Lit n°	Membre plus atteint.	Aisselle.	Gibbosité.	Col. vert. saine.	Plante pied dr.	p. g.
21	droit	37 3	34 6	35 8	32 2	31 8
40	gauche	37 5	33	34 4	30	30 9

Salle Giralès

4	gauche	37	36 1	36 8	32 8	32 7
10	les 2 membres	37 3	36 7*	35 3	25 1	25 6
10	—	37	34 1	35 7	24 9	24 3
19	gauche	37 4	35 5	36 6	28 2	29 6
21	droit	37 2	33 2	34 1	28 4	27 6
34	—	37 5	34 4	35 2	26 2	25 2

TEMPÉRATURES LOCALES prises dans les mêmes conditions chez les enfants les mieux portants de la salle.

Salle Denonvilliers

N° du lit.	Aisselle.	Région lombaire.	Col. vert. dorsale.	Pied droit.	Pied gauche.
8	37	33 7	34	24	24
25	37 5	35 6	35 8	30 8	31
28	37 6	35 5	35 6	24	24
29	37 7	35 4	35 5	26	26
35	37	36	36 2	32	32

Salle Giralès

1	37	35	35	33 1	33
3	37 2	35 4	35 2	27	27
11	37	34	34 5	30 5	30 2
28	37 3	35 8	35 7	32	32
29	37 7	36 8	37	30 2	20

REMARQUES. — A l'état normal, les températures prises à la région lombaire et à la région dorsale de la colonne vertébrale, sont à peu près égales ; elles sont inférieures de deux degrés à la température de l'aisselle. La température des deux pieds ne diffère que 1 à 2 dixièmes de degré.

* Chez cet enfant la gibbosité était enflammée.

Dans le mal de Pott lombo sacré, la température de la gibbosité est inférieure, d'un degré environ, à la température prise à la région dorsale. La température du membre abdominal qui est plus atteint par l'atrophie, est supérieure de 7 à 9 dixièmes de degré à la température du membre relativement plus sain.

Malgré le grand nombre de signes qui nous indiquent un mal de Pott lombo sacré, il se peut que cette affection ne soit dévoilée par aucun symptôme. Nichet (1) cite un cas de ce genre dans lequel les membres inférieurs ont toujours conservé le mouvement et la sensibilité. Il n'y eut jamais de douleur dans aucun endroit de la colonne vertébrale. Le cas de Denonvilliers que nous avons cité déjà n'est pas moins intéressant, car le malade ne s'est jamais douté ni de son mal, ni de sa guérison. Mitchell dit avoir vu à la clinique de Strasbourg un jeune homme de 25 ans avec une énorme tumeur fluctuante dans l'aîne gauche ; jamais il n'avait interrompu son travail. Le rachis n'offrant aucune saillie, on crut à une tumeur de la bourse du muscle psoas et iliaque ; on l'opéra et l'autopsie montra un abcès par congestion dépendant d'une destruction du fibro cartilage situé entre le sacrum et la dernière vertèbre lombaire.

Rafinesque (2) a présenté un cas de mal de Pott lombo sacré avec une faible diminution du calibre du canal rachidien, sans qu'il y eut aucun trouble pendant la vie.

J'attribuerai volontiers cette marche torpide à ce que la tuberculose osseuse n'étant pas inflammatoire (Nichet)

(1) Loc. cit. p. 836 ob. XII.

(2) Soc. anat. 1874 p. 854.

(Bouvier), les ravages se font petit à petit à mesure que se font des accommodations entre les organes sains et ceux qui sont détruits.

Il peut arriver que des lésions des nerfs et des méninges donnent naissance à des paralysies et des retentions d'urine comme dans le cas de Benjamin : à l'ouverture du canal vertébral, on trouva une intumescence de la partie postérieure des méninges dans le canal lombosacré ; elle siégeait sur la queue de cheval à 6 centimètres de sa terminaison, était de la grosseur d'une olive et comprimait plusieurs nerfs, d'autres pénétraient dans son épaisseur et présentaient des altérations appréciables avant même d'atteindre le produit morbide.

ETIOLOGIE

I. CAUSES DIATHÉSIQUES PRÉDISPOSANTES. — *Scrofule. Tuberculose. Syphilis.* — (Nos observations à la fin du texte). Fournier (1) cite un cas de cyphose lombaire due à la syphilis, dans lequel 3-4 vertèbres lombaires et les cartilages étaient détruits, abcès dans le muscle psoas. Gluck (2) cite u cas de carie vertébrale syphilitique.

(2) Annal Dermat. et syphilis. Causes mécaniques. T. I. n° 1, p. 19.

(1) Allg. Wieu med. Jeitz. n° 47-48.

II: CAUSES PRÉDISPOSANTES INDIVIDUELLES. — 1^o *Age*.

— 1^o D'après la statistique de Taylor, le jeune âge est le plus disposé et la fréquence de la maladie est en rapport inverse avec l'âge.

2^o *Sexe*. — D'après Rilliet et Barthez, les jeunes garçons sont les plus exposés jusqu'à l'âge de 6-8 ans, plus tard, l'égalité s'établit et vers la puberté, la prédominance serait du côté du sexe féminin.

CAUSES DÉTERMINANTES. — 1^o Les fièvres éruptives : rougeole, scarlatine ou d'autres maladies aiguës de l'enfance, par exemple la coqueluche nous a semblé d'après nos observations personnelles constituer une cause occasionnelle du mal de Pott lombo-sacré.

L'osteomyélite aiguë des corps vertébraux peut être la cause du mal de Pott (Codeillac).

2. Misère physiologique lente et continuelle des pauvres (car nous admettons que les fièvres éruptives mettent les enfants dans une misère physiologique aiguë qui comme la cause productrice va en s'atténuant, tandis que la misère du pauvre entretient continuellement son effet).

Traumatismes, chutes, coups. (Nos observations).

DIAGNOSTIC. — Vu le grand nombre d'affections avec lesquelles on peut confondre le mal de Pott lombo-sacré nous donnerons la liste de quelques-unes de ces maladies seulement, et sans les discuter ; en même temps nous énumérerons les principaux symptômes du mal de Pott lombo-sacré.

Affections avec lesquelles le mal de pott lombo-sacré peut être confondu :

- 1° Coxalgie.
- 2° Sacro coxalgie.
- 3° Déviations rachitiques et osteomalacie.

4° Spina bifida.

5° Abscès phlegmoneux.

6° — froid.

7° — ossifluents.

8° Hernie, bubon et même une tumeur solide (Denonvilliers).

9° Une tumeur de la bourse sereuse du psoas iliaque (le cas Mitchel que nous avons cité (p. 4).

10° Kyste hydatique développé dans la masse sacro lombaire (le contraire a eu lieu à la soc. chirurgie 1860 et dans le cas de Robert (gaz. Hop. 1853, p. 201), où des kystes hydatiques furent pris pour des abcès par congestion.

11° Psoïtis, comme dans les cas de Kill. (Arch. gén. med. 1834 T. v. p. 99.

Christ Pfeufer (gaz. med. Paris 1842 p. 329).

De Laurence (gaz. med. Paris 1834 p. 117).

12° Paralysie infantile.

13° Voissure par débilité chez les enfants.

Symptômes du mal de Pott lombo-sacré qu'il faudrait mettre en parallèle avec les caractères distinctifs des affections qui pourraient simuler le mal de Pott lombo-sacré :

Signes classés selon l'importance symptomatique.

1° Gibbosité (toutes les fois qu'une vertèbre est soulevée en pointe et isolée des vertèbres voisines, c'est un signe pathognomonique, on ne l'observe que dans le mal de Pott (Bouvier).

2° Abscès symptomatiques.

3° Douleur au niveau des vertèbres malades au début de l'affection. (Lannelongue).

4° Réaction électrique (Roesendal), signale l'importance qu'a le courant continu dans le diagnostic de mal de Pott. En mettant un des deux pôles en haut et l'autre en bas de la colonne vertébrale, le malade éprouve une sensation douloureuse seulement, dans la partie malade, tandis que le reste de la colonne rachidienne réagit normalement (Schmids'Iahrbucher. CXXX p. 98-99.

5° Attitude et la marche du malade.

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 14° Lumbago chronique. | 6° Atrophie musculaire pré- |
| 15° Douleur de croissance | coce. |
| chez les enfants. | 7° Troubles vaso-moteurs des |
| 16° Rachialgie hystérique. | membres inférieurs. |
| 17° Contracture musculaire | 8° Changement de caractère |
| reflexe quelconque. | du malade. |
| 18° Affection des reins. | 9° Antécédents héréditaires |
| 19° Affection de l'utérus. | et personnels. |
| 20° — de l'ovaire. | 10° Circulation veineuse pé- |
| 21° — de l'estomac. | riphérique quelque peu déve- |
| 22° — cancer des os. | loppée au niveau de la région |
| 23° Ostéomyélite vertébrale. | lombo-sacrée. |
| | 11° Flexions et extensions des |
| | membres inférieurs. |
| | 12° Contracture du psoas ou |
| | des adducteurs. |
| | 13° Ganglions engorgés cru- |
| | raux et inguinaux dans l'une ou |
| | les deux aines. Tous ces signes |
| | sont décrits en détail au chapi- |
| | tre symptôme (Page 60). |

La coxalgie, la sacro-coxalgie et l'abcès ossifluent des os iliaques sont des affections très fréquentes chez les enfants ; pour cette raison nous dirons quelques mots sur le diagnostic de ces cas, avec le mal de Pott lombo-sacré et à cette intention nous avons gardé deux observations dont l'une XVIII sur un abcès ossifluent de l'os iliaque et obs. XIX sur un cas de sacro-coxalgie avérée par l'autopsie, mais celle-ci coexiste malheureusement avec une carie du sacrum.

COXALGIE	SACRO-COXALGIE	ABCÈS OSSIFLUEUX DE L'OS ILIAQUE	MAL DE POTT LOMBO-SACRÉ
1° Douleur. — En général, pas de douleurs au début (Lannelongue), il existe de la douleur locale plus tard : a) Au niveau du pli de l'aîne correspondant au côté malade, b) En pressant sur le grand trochanter. c) Au niveau du petit trochanter. d) Au toucher rectal en appuyant la surface quadrilatère.	a) Existe au niveau de l'épine iliaque supérieure et postérieure et en dessous. b) En rapprochant les deux os iliaques (ob. XIX). Rien au toucher rectal. Une certaine raideur du tronc et en particulier du bassin sans claudication manifeste.	Localisée à l'os iliaque seulement et correspondant au point lésé.	Sur le trajet de la région lombo-sacrée au niveau des apophyses transverses surtout (Lannelongue). Tandis que dans le cas de coxalgie la claudication est due, mécaniquement à un défaut d'équilibre dans le mouvement des membres inférieurs. Dans le mal de Pott lombo-sacrée cette claudication, si elle existe, est due au point de vue physique à une attitude vicieuse du tronc. Reste au médecin à choisir entre ces deux causes. Précoce.
3° Atrophie musculaire. — Précoce (au bout de quelques semaines), constatée, tout à fait à son début par l'expérience de l'épreuve (Lannelongue coxotuberculeuse).	Elle n'arrive en tous cas que plus tard.		
4° Abscès. — Apparaissant longtemps après le début de l'affection, ils peuvent être intra-jointaux, tantôt récurrents,		Ordinairement à la face postérieure de l'os iliaque.	Peuvent suivre tous les trajets indiqués dans la marche des abcès de la coxalgie.

tantôt descendants ;
mais jamais assez bas
pour atteindre le
grand trochanter, ils
peuvent aller dans la
fosse ischio rectale.
Sous le bord inférieur
du muscle grand fes-
sier à la partie posté-
rieure de la cuisse,
ou à la partie moyen-
ne de la cuisse en
suivant les vaisseaux
iliaques et fémoraux.

5° Engorgement
ganglionnaire. — Pré-
coce.

6° Changement de
longueur du membre
inférieur. — Existe.

7° Contracture des
muscles pelvitrochan-
tériens.

Douleur en ap-
puyant sur la tête du
fémur dans deux at-
titudes :

1° Dans l'extension
simple, dans la flexion
de la cuisse avec ad-
duction et rotation en
dedans. l'anneau longue
(coxotuberculose 1886
p. 62).

Possible mais à un
moindre degré.

Existant presque
aussi souvent que
dans la coxalgie.

A un degré plus fai-
ble.

DURÉE ET PRONOSTIC

Pour ne parler que de nos propres observations sur
le mal de Pott lombo-sacré que nous avons pu faire chez

les enfants à l'hôpital Trousseau et sur quelques-uns venus du dehors dont le nombre remonte à 11, chiffre assez considérable vu la rareté des cas de ce genre, nous avons constaté que sur ces 11 cas, la maladie la plus ancienne datait (il y a six mois) de 18 à 20 mois. 4 de ces malades sont morts de septicémie (voir les observations I, II, III). Deux de ces malades furent envoyés à Berck-sur-Mer, l'un était à la période de cachexie ; deux autres sont à l'hôpital Trousseau, tous les deux cachectiques, et trois sont des malades du dehors. J'ai perdu leur trace depuis 4 mois ; ils étaient d'ailleurs aussi cachectiques que ceux de l'hôpital, et il est peu probable qu'ils se soient améliorés depuis. Je ferai remarquer que les survivants ne suppurent pas, tandis que ceux qui sont morts suppuraient tous les trois.

Si, d'après une telle statistique il nous était permis d'établir le pronostic et la durée, nous dirions que le mal de Pott lombo-sacré a une durée d'environ 20 mois ; et que, lorsque les enfants appartiennent à la classe ouvrière dans laquelle les soins sont difficiles, le pronostic est très défavorable ; nous ne pouvons pas dire à la vérité que sur nos onze cas, nous n'aurons pas à relever une seule guérison, mais ce que nous pouvons affirmer c'est qu'aucun de nos malades ne semble jusqu'à présent marcher vers la guérison.

En résumé nous pouvons dire que le pronostic est grave et à courte échéance, 20 mois environ.

TRAITEMENT

Dans nos recherches bibliographiques en France et à l'étranger, nous n'avons pas trouvé des indications thérapeutiques spéciales au mal de Pott lombo-sacré, d'un autre côté nous n'avons pas non plus des observations relatives au traitement de mal de Pott lombo-sacré : c'est pour cette raison, que nous nous sommes décidée à exposer brièvement les différents modes de traitement qui ont été employés dans le mal de Pott en général et voici l'ordre dans lequel nous allons traiter cette question de thérapeutique.

1° Moyens qui n'ont qu'un intérêt historique.

2° Moyens qui restent à discuter.

a) Immobilisation locale.

b) » locale et totale.

c) Revulsifs.

d) Ouverture et resection.

e) Injections iodoformées.

3° Traitement des complications nerveuses.

4° Traitement général.

5° Dans quel cas chaque méthode est-elle applicable.

a) Au début sans déformation.

b) Abscès au début.

c) Abscès ouvert.

d) Complications nerveuses.

MOYENS QUI N'ONT QU'UN INTÉRÊT HISTORIQUE. -- La compression de la gibbosité fut essayée du temps d'Hypocrate. David de Rouen en 1777 la répéta encore. Harisson, en Angleterre, fit des tentatives pour redresser le tronc en comprimant la gibbosité sans cependant obtenir grand résultat.

De tout temps, deux méthodes curatives ont été tirées de l'observation de faits abandonnés à eux-mêmes : 1° tendre à faire résorber le pus, en diminuant d'un côté la suppuration par les revulsifs, et d'un autre côté activer l'absorption du pus, par vésicatoire autour de la gibbosité, de vomitifs, purgatifs (Palletas) moxa et compression (MM. Clairot et Menpurgo) la teinture d'iode à l'intérieur (Trousseau) *Dessarm* donne un cas de guérison par l'emmétique donné en lavage. Un anglais, Jarrold, a vanté l'extrait de jusquiame.

Olivier recommande les bains de mer et les eaux minérales qui lui ont donné quelques cas de guérison.

Duchenne de Boulogne prescrit l'électricité comme moyen curatif dans certains cas.

Extension et contre extension ont été employées successivement dans le mal de Pott lombo-sacré par Reyher Carl (1), Feer (2); les résultats obtenus par cette méthode paraissent douteux en général.

(1) Arch fur Klinisch. Chivry. 1876 — die Behandlung der spondilisthèses der dorsales und lumbalis mit den zug und gegen zug.

(2) Brit. m. J. ivv 3 v 1 p. 151 (The treatement of spinal curvature by extension und articula motion.

M le prof. Verneuil n'admet pas l'extension dans le mal de Pott lombo-sacré, parce qu'il craint qu'elle ne fasse obstacle au travail de réparation osseuse.

2° MOYENS QUI RESTENT A DISCUTER.

a) L'immobilisation locale est obtenue en général au moyen des appareils orthopédiques. Quelques-uns de ces appareils, entre autres le corset de Sayre et la ceinture de Taylor, ainsi que bien d'autres, ont rendu de grands services aux malades atteints du Mal de Pott lombo-sacré. Nous allons exposer les résultats obtenus avec ces appareils, et les différentes opinions des auteurs : *Corset de Sayre*. Jennings (1) prouve par des observations l'efficacité immédiate du corset de Sayre (l'enfant respire mieux, dort mieux, les accès fébriles et les sueurs nocturnes disparaissent et il engraisse).

Levis (2) cite un cas de guérison de mal de Pott lombo-sacré après l'application du corset de Sayre.

Madeling (3) est tout à fait d'avis que l'usage du corset de Sayre peut rendre les plus grands services dans le mal de Pott.

Sonnenburg (4) dit : que le corset de Sayre agit non pas en immobilisant la colonne vertébrale, mais en tenant ensemble les deux fragments séparés par la lésion.

(1) Trib. med. 1880 XII p. 125 (Traitement mécanique de la colonne vertébrale).

(2) Philadelphia Times 1879-80 p. 143.

(3) Berlin Klin Wochensh n° 5, p. 56.

(4) Jahresbericht über Leistungen und Fortschritte, in der gesammter medicin 183 p. 143.

Parmi les adversaires de l'emploi du corset de Sayre nous citerons :

Wo'sk (1) donne un cas d'insuccès de mal de Pott lombaire après un an d'emploi du corset de Sayre.

Wolf (2) s'élève contre l'emploi du corset inamovible chez les enfants jeunes de 3-4 ans, car il empêche la croissance du squelette et atrophie la musculature.

Marsk (3) parle contre l'emploi du corset de Sayre parce qu'il ne se moule pas bien sur le corps.

Roth (4) fait remarquer que le corset de Sayre enlève toute possibilité de fonctionner aux muscles spinaux et par conséquent entraîne leur disparition ; mais il dit que Sayre lui-même admet comme adjuvant aux traitements, la fortification des muscles spinaux en dehors de son corset.

Un autre appareil, la ceinture de Taylor, a rendu de grands services dans quelques cas.

Quintaa (5) insiste sur l'avantage que présente la ceinture de Taylor qui permet aux malades de se livrer aux exercices modérés, tout en étant aussi bien soutenus que dans la position horizontale.

Vincendon (6) ne croit pas aux bons effets de la cein-

(1) Philadelphie tomes 1881 V II p. 329.

(2) Berl. m. Woherch 1883 XX 134.

(3) Sahiesbinchler uber die Leistung und Fortschritt in der Jesaunter cheidim 1881 II p. 339.

(4) Butisch m. I. 1879 v. 2 p. 891, Influences of Sayre.

(5) Thèse Paris 1863.

(6) Thèse Paris 1874.

ture de Taylor et cite à ce propos les réflexions de *Pott* (1): « Lorsque la courbure est reconnue on a aussitôt recours aux colliers, aux corsets d'acier, aux chaises à vis et autres machines qui ne produisent aucun bien. »

Beclard (2) a communiqué à la société d'instruction médicale, un fait dans lequel un enfant qui ne pouvait se servir de ses membres inférieurs, marchait facilement à l'aide d'une ceinture. C'est sans doute, en faisant cesser la douleur qu'on obtenait ce résultat.

Barthez (3) conseille, d'après M. le Docteur de Saint-Germain, de protéger la gibbosité à l'aide d'un complas-ter utile dans certains cas surtout dans la période aiguë du mal de Pott et dans la période intermédiaire entre la réparation incomplète et la consolidation absolue.

IMMOBILISATION LOCALE ET TOTALE

C'est Pott qui, en 1777, immobilisa ses malades au lit pendant qu'il les soumettait aux cautérisations profondes. Pott méconnaissait l'action bienfaitrice de cette immobilisation. Ses prédécesseurs ont bien reconnu l'utilité de ce moyen thérapeutique dans le mal de Pott, et ont attribué la guérison des malades de Pott à l'immobilisation et non pas à ses cautères.

L'excellence du repos, dit Nichel, et de la position horizontale, n'a été contestée que par bien peu de person-

(1) Oeuvres de chirurgie 1792 Paris p. 412.

(2) Société d'instruction médicale.

(3) Thèse Paris 1880 contribution à l'étude du mal de Pott.

nes. Le mouvement et le poids du corps hâtent la fonte des tubercules ; ils usent les vertèbres affaiblis par de vastes pertes de substance, ils usent par le frottement celles qui sont déjà dénudées ; ils irritent la moëlle et augmentent les douleurs et la paralysie, en enflammant les parties molles situées au-devant du rachis ; ils favorisent les abcès par congestion, ils peuvent briser des colonnes osseuses déjà formées, si l'affection réside sur les deux premières vertèbres ; ils produisent une compression subitement mortelle. Or le repos et la position horizontale préviennent ou retardent la plupart de ces accidents.

David (de Rouen) a rapporté plusieurs faits de guérisons obtenues par le repos. Le repos retarde les abcès, dit-il. Cette grande curation comme l'on voit doit être l'ouvrage de la nature, celui du temps et du repos.

Bouvier admettait l'exercice, juste assez pour stimuler les fonctions digestives, assez peu, pour ne pas augmenter la courbure.

Boyer, Sanson Nelatin plaidaient pour l'immobilisation avec une certaine liberté.

Bonnet, Delpech, Martin, immobilité absolue.

Vincendon (1) cite obs. I, II, III du Mal de Pott lombaire, sinon guérison, au moins amélioration par le repos de 6-40 mois.

Quand aux enfants, avec Mal de Pott lombaire, avec abcès, qui ont marché, il en résulte que dans l'observa-

(1) Thèse Paris 1874.

tion XI, il s'est produit un grossissement de la gibbosité et de l'abcès.

Dans l'obs. XV, l'abcès s'est ouvert.

Dans l'obs. XVI, l'abcès s'est résorbé.

MM. Verneuil et Trelat (1) sont partisans de l'immobilité absolue en décubitus dorsal dans la gouttière de Bonnet au besoin.

Gosselin admet trois phases principales de la maladie : 1^o période dite inflammation, 2^o le ramollissement précurseur de la gibbosité, 3^o la réparation et la consolidation.

Il préconise le repos dans la seconde période et permet l'exercice dans la première et la troisième période.

Duplay prescrit le repos dans la première période, et la liberté dans les deux autres périodes.

Bompfield était pour le décubitus abdominal.

Robert (2) cite le cas de guérison d'un enfant de 4 ans atteint d'un mal vertébral lombaire qui fut amélioré par l'appareil amovo-inammovible composé en partie plâtre et en partie mécanique.

Quoique Beaudelaucque et Bayrton soient adversaires du repos absolu, comme étant la cause de l'étiollement de ces malades et de leur trouble fonctionnel digestif, le cas que Morel Lavalée cite, page 32, montre combien le repos surtout, à certaines périodes de la maladie, est

(1) Soc. chirurgie 1877 v. s., p. 685.

(2) Bahole p. 696. Clinical lecture on the *mécanical*. Tréatement of casies of the Lumbar₂ vertebrae.

nécessaire, puisque des fractures spontanées de la colonne vertébrale peuvent avoir lieu, comme dans ce cas-ci.

La méthode inventée en Angleterre, sous le nom de *prone système*, consiste à faire coucher le malade en pronation, dans le but d'empêcher une incurvation antérieure, trop grande de l'épine dorsale.

RÉVULSIFS. — Toute la série des révulsifs, depuis la teinture d'iode jusqu'au cautère profond qu'employait Pott autour de la gibbosité, ont été employés dans le Mal de Pott. Larrey employait le fer rouge.

Nichet qui a fait trente autopsies de Mal de Pott est arrivé aux conclusions suivantes : que le Mal de Pott est de nature tuberculeuse, que par conséquent les cautères préconisés par Pott sont impuissants à guérir la lésion, bien qu'ils soient utiles contre quelques-uns de ses symptômes. Le premier de ces symptômes, est la douleur qui peut être calmée par des révulsifs superficiels ou profonds : les cautères de Pott, par exemple.

David dit que d'après un grand nombre d'observations il avait constaté que les cautères ne prévenaient pas la paralysie.

J Glaistus (1) rapporte trois cas de Mal de Pott dont deux lombaires et un sacré, améliorés très sensiblement et considérés comme guéris, à la suite de cautérisation avec le cautère actuel.

Lallemand (2) cite le cas d'un abcès par congestion

(1) Glasgow M. J. 1880 V. XIII p. III. The actual cautery in spinal affection.

(2) Arch. génér. Méd. 1835 v. VII.

simulant pendant six ans une fistule à l'anus. Complications graves et multiples. Trente cautères, guérison.

RESECTION DES APOPHYSES VERTÉBRALES

Polaillon (1) cite le cas suivant : Ostéité-suppurée de la 4^e vertèbre dorsale, abcès par confection dans le flanc droit, incision au thermo-cautère, résection des apophyses épineuses des vertèbres malades, guérison.

Polaillon (l. c. 1883 XXXV 1073-1077, donne l'observation d'un cas d'ostéité suppurée d'une vertèbre lombaire : abcès par congestion de la région sacrée, et sa guérison, après, ouverture au bistouri de l'abcès, injection phéniquée et teinture d'iode. Rugination de deux apophyses épineuses malades depuis leur extrémité postérieure jusqu'à leur base, au niveau des lames vertébrales, guérison 5 mois après.

Ouverture des abcès.— Depuis le siècle dernier, du temps d'Abernethy, Bøyer, au commencement de ce siècle, a essayé d'ouvrir les abcès par congestion, soit au bistouri et les caustiques, (Ledran, Benjamin Bell) soit au trocart, (David de Rouen) soit selon la méthode d'Abernethy, qui consiste à glisser obliquement l'instrument dans la paroi du kyste en deux endroits différents, et presser ensuite sur le foyer et faire tousser les malades pour obtenir un jet continu. La fermeture des ouvertures se faisait avec un emplâtre adhésif, il n'y avait pas

(1) Union méd 1883, 3 sept. 1874.

ordinairement d'inflammation, car Abernethy attribuait celle-ci à l'introduction de l'air dans la poche, et dans ce cas il s'en suivait un abcès enflammé et une altération du pus. La putridité du pus n'est pas toujours due à l'introduction de l'air dans le foyer, quelquefois l'ouverture spontanée d'un abcès donne naissance à du pus d'une extrême fétidité. Le voisinage des cavités muqueuses et les inflammations gangreneuses survenues dans l'intérieur de l'abcès sont les deux causes connues de putridité du pus avant que l'abcès ne communique au dehors. — (Bouvier) mémoire 1842-56 p. 84.

Larrey ouvrait les abcès au fer rouge.

Petit appliquait des ventouses sur l'ouverture d'un abcès pour aspirer le pus.

Bégin ouvrait largement les abcès sans se préoccuper de l'entrée de l'air et il a guéri ainsi deux malades.

M. le professeur Lannelongue préconise l'ouverture des abcès, le grattage de la poche pyogénique et drainage, faits avec les soins les plus minutieux de l'antiseptie.

Polaillon dit relativement aux abcès par congestion : « Lorsque l'abcès par congestion siège dans la région dorsale et prend sa source dans une lésion de la partie postérieure des vertèbres, il est indiquée de l'ouvrir largement, de bonne heure, puis, remontant à la source du mal, de réséquer à œil ouvert les parties cariées. A la partie antérieure, il me paraît nécessaire de temporiser avant d'ouvrir l'abcès, et d'employer tous les moyens pour l'absorption du pus.

Koenig (Berl-Klin Wochensih 1880 febr. 16) est pour l'ouverture de tout abcès par congestion et leur laisser une petite fistule sur la région lombaire ; quant aux petits abcès, il les traite d'abord par tous les moyens orthopédiques, et quelque temps après l'opération, il met à ses malades une cuirasse plâtrée pour les soutenir.

INJECTION DES ABCÈS PAR CONGESTION. — En 1841, Lugol prescrit l'injection iodée dans la poche des abcès symptomatiques ; l'iode remplit alors plusieurs indications ; il prévient la putridité du pus, en facilite l'écoulement, agit sur les parois du foyer et en amène le resserrement. L'iode, du reste, n'est pas le seul agent qui fasse perdre au pus sa putridité ; l'eau pure, créosotée, l'eau chlorurée, le lui enlèvent tout aussi bien (Bouvier, p. 84).

Polaillon (Union méd. 1883, n° 84, p. 1073), cite, Obs. I, un cas de mal de Pott avec abcès, guéri, après la ponction et l'injection d'eau phéniquée. (Il y a à remarquer qu'après l'injection, il faut retirer complètement l'eau phéniquée, car on risque un empoisonnement par le phénol).

INJECTION D'ÉTHER IODOFORMÉ. — Quand il existe des abcès terminés ou non par fistules, on peut suivre la pratique des injecteurs d'éther iodoformé qui a donné à M. Verneuil de si nombreux succès. Il y a quelques années, à la vérité, que Mikulitz et Billroth faisaient en Allemagne avec des résultats variables, des injections d'iodoforme glyceriné dans les abcès symptomatiques du mal de Pott. Ce fut en 1885 que pour la première fois à la Société de chirurgie (séance du 10 avril), M. Verneuil

publia son mode de traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. La même année, il en décrivait la technique dans la *Revue de chirurgie*. Cette méthode de thérapeutique appliquée selon les indications si précises publiées par Verchère à la société de chirurgie donne des résultats remarquables bien différents de ceux obtenus à l'étranger. M. Verneuil dit en effet n'avoir jamais eu d'insuccès. C'est ainsi que l'éminent chirurgien de la Pitié pense qu'il ne faut pas se contenter d'une seule injection pour obtenir la guérison et qu'il convient de les répéter quelquefois 5 ou 6 fois mais en temps opportun.

D'après le même auteur, l'ouverture spontanée des abcès traités de la sorte doit être considérée non pas comme un accident ainsi que le pensent quelques auteurs mais au contraire comme un résultat heureux, car la poche étant aseptique a la plus grande tendance à se fermer rapidement.

Il faut en conclure, que la méthode a besoin d'être appliquée selon des règles précises et que l'on doit attribuer à son application défectueuse les insuccès relatés par les autres. Il convient de méditer avec soin la longue série des succès obtenus par son auteur.

COMPLICATIONS NERVEUSES. — Lorsque les complications nerveuses : atrophie musculaire, troubles trophiques, sont manifestes, il faut agir localement sur la gibbosité par des révulsifs, et fortifier la musculature des membres inférieurs par tous les moyens stimulants et toniques : frictions avec des substances irritantes, massage, électricité, etc., afin de mettre les muscles en état de

pouvoir résister mieux, et plus longtemps à l'envahissement du mal.

DANS QUEL CAS CHAQUE MÉTHODE EST-ELLE APPLICABLE. AU DÉBUT SANS DIFORMITÉ. — C'est aux révulsifs qu'il faut avoir recours dans ce cas, immobilité alternative, et le traitement général et hygiénique.

AVEC GIBBOSITÉ. — Révulsifs sur la gibbosité appareils amovibles-inamovibles : corset de Sayre. M. le professeur Lannelongue recommande dans ce cas une immobilisation absolue avec extension progressive.

ABCÈS NON OUVERTS. — Immobilité absolue, injections d'éther iodoformé, ou l'ouverture, selon les indications.

ABCÈS OUVERTS. — Grattage, lavage, drainage, antisepsie rigoureuse. Résection des os malades si on peut les atteindre.

Quant à l'immobilisation, nous proposons l'appareil de M. le professeur Lannelongue pour les coxalgiques, lequel opère une vraie révolution dans le traitement de cette maladie.

Cet appareil présente l'avantage énorme, de permettre le transport des malades très facilement avec l'appareil au grand air et en voyage même s'il était nécessaire. Le second bénéfice qu'on peut tirer encore de cet appareil, c'est la modicité du prix et la facilité de construction, il permet en même temps de faire l'extension et la contre extension du malade, si on le juge nécessaire.

Le plan horizontal dans cet appareil est un peu dur

juste assez pour maintenir les malades, dans une position telle ; que leur colonne vertébrale ne bouge pas, en laissant la liberté aux membres inférieurs, ce qui est un grand avantage, dans le mal de Pott lombo-sacré où les muscles de ces membres sont surtout atteints, et sur lesquels il faut agir.

L'immobilisation par le repos au lit, qu'on ordonne ordinairement aux malades, est très défectueuse, car la manière dont elle se fait dans les hôpitaux ne répond pas du tout aux idées des défenseurs de l'immobilité. Le lit est mou et les enfants sont libres de leurs mouvements, ce dont ils abusent beaucoup, au bout de très peu de temps, le corps se moule dans le lit dans une mauvaise position, et de cette façon la colonne vertébrale est loin d'être immobilisée et dans une bonne position.

Nous croyons qu'une immobilité bien appliquée, pourrait sur vingt quatre heures permettre deux heures de mouvement aux enfants, et, cela sans préjudice pour leur santé.

Il est inutile d'insister sur la nécessité impérieuse de l'hygiène, qui trouve ici sa place mieux que partout ailleurs.

Nous avons la conviction que si les enfants atteints du mal de Pott lombo-sacré étaient soignés attentivement, et d'une manière continue, la statistique de cette maladie changerait de face.

OBSERVATION I. — (*Personnelle inédite*)

Mal de Pott lombo-sacré, tuberculose de l'articulation sacro-iliaque. Autopsie.

Enfant Trenier Eugénie-Marguerite (fille) 6 ans 1/2 entrée à l'hôpital Trousseau, 16 août 1886, salle Giraldes n° 4, service de M. le Professeur Lannelongue.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant a bien marché jusqu'à 4 ans, moment où il a commencé à boiter de la jambe droite et à se plaindre de souffrir du genou ; elle a commencé à tousser à ce moment-là.

A l'âge de 5 ans, une saillie apparut à la région sacrée et un abcès à la partie latérale gauche du sacrum. Le 13 juillet 1886 on lui fit une injection d'éther iodoformé puis un grattage, elle sortit de l'hôpital non guérie et y rentra le 16 août 1886.

Gibbosité. — La connexité commence depuis le 2^e lombaire et s'étend à toute la région lombo-sacrée. Courbure de compensation à la région dorsale. Les crêtes iliaques sont élevées et paraissent entraînées par la gibbosité. Le coccyx se dirige à angle droit avec le sacrum et est dirigé d'arrière en avant. Le sommet de la gibbosité est à la partie supérieure du sacrum et c'est là que paraît siéger la lésion organique. De chaque côté de la ligne médiane existe un trajet filibreux correspondant aux articulations sacro-iliaques. Le cathétérisme de ces trajets conduit à droite sur l'articulation sacro-iliaque et à gauche sur la crête postérieure de l'os iliaque. On ne trouve pas d'ulcères dans la cavité abdominale.

Membre inférieur droit. — L'enfant tient d'habitude la cuisse fléchie sur le ventre, et la jambe sur la cuisse, cette position

n'est pas permanente, attendu qu'elle peut l'allonger incomplètement car la cuisse est toujours un peu fléchie sur le bassin. Quand on cherche à faire l'extension complète, les muscles antérieurs de la cuisse, surtout le droit antérieur et le tenseur du *fascia lata* sont tendus et paraissent opposer une certaine résistance.

Au chatouillement de la face plantaire du pied, il n'y a la moindre réaction motrice, pas de reflexes tendineux, rotuliens ou du pied.

Pas d'épilepsie spinale.

Dans l'aîne droite il y a quelques ganglions volumineux, l'articulation tibio-tarsienne droite présente en arrière des fongosités et le pied est immobile.

La face plantaire droite présente une épaisse couche épidermique avec des sillons profonds.

Les ongles recourbés dans le sens antero-postérieur, il y a des rainures transversales sur le gros orteil.

A la pression, sur le trajet du nerf sciatique, on provoque quelques points douloureux à la partie postérieure de la cuisse. Les muscles très atrophiés, pas de flaccidité, plutôt une demi-contraction.

Membre inférieur gauche. — Comme le précédent, la cuisse fléchie sur le tronc, de sorte que le pied touche la fesse. Pied dans la demi extension. Quand l'enfant veut étendre la jambe elle y fait tous ses efforts sans y parvenir, elle ne peut pas dépasser l'attitude à angle-droit de la jambe sur la cuisse, et c'est à peine si elle peut défléchir un peu la cuisse. Je n'ai pu arriver à lui étendre la jambe sur la cuisse qu'avec peine et je n'ai pu arriver à étendre complètement la cuisse sur le tronc.

Il existe un état de contracture et de rétraction des muscles de la cuisse. Tous les mouvements actifs du pied sont libres et faciles à exécuter. Par le chatouillement plantaire l'enfant remue ses orteils tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension, ce qui prouve que les actes reflexes sont moins diminués dans ce membre que dans l'autre.

Pas de reflexes tendineux.

Pas d'épilepsie spinale. — Les ongles recourbés en cornets de papier dans le sens antéro-postérieur. Couche épidermique épaisse sur la face plantaire. Maigreur extrême. Pas de trace de paralysie, de ganglion dans l'aîne. Sur le grand trochanter une plaque égale à une pièce de 2 francs semblable à une plaque hémorragique demi-violacée; on y remarque un léger épaississement de la peau due à la pression de l'organe sur le lit et d'origine trophique.

La compression sciatique entre l'ischion et le trochanter n'est pas douloureuse. — En résumé les lésions de névrites sont plus franches à droite qu'à gauche. C'est ce qui explique l'attitude de l'enfant sur le côté gauche.

Pas de rétention ni d'incontinence du côté de l'intestin ni de la vessie. L'urine examinée le 10 décembre est gris sâle comme de la lessive, pas d'albumine ni de sucre. Cachexie prononcée. Température en moyenne prise pendant 10 jours aisselle : 37.2. Colonne vertébrale saine, entre les omoplates : 34,7, au niveau de la gibbosité (enflammée présentant deux trajets visculeux enflammés) : 36,1 plante du pied droit : 33,2, plante du pied gauche : 32,7.

Mort dans le marasme le 15 décembre 1886.

Autopsie 24 heures après la mort, 17 décembre.

Quelques taches rouges disséminées sur les membres inférieurs à la face interne des cuisses sur le trochanter gauche et sur les pieds.

Cédème limitée à la partie intérieure des cuisses, surtout dans le membre gauche.

Poumon droit congestionné, lobe inférieur, ganglions tuberculeux considérable comprimant les bronches.

Quelques noyaux tuberculeux dans le poumon gauche.

Foie gras, gros, décoloré.

Rein droit, normal, décoloré, un peu gros;

Rein gauche, descendu, il est d'un 1/2 centimètre au-dessous de la côte iliaque, il est plus petit que le rein droit et congestionné.

Dans la fosse iliaque gauche un abcès, limité en avant par le rein gauche, il a détruit le muscle iliaque en partie ainsi que le

muscle psoas. — Le nerf crural est dans la poche purulente et apparaît au milieu de pus et de matières caséuses de la paroi rouge et vasculaire.

Les ganglions cruraux et ceux du long des vaisseaux iliaques sont engorgés. Le nerf obturateur avant d'aller dans le trou obturateur est aplati et vasculaire.

Côté droit. — Petite poche purulente au-dessus de l'arcade crurale. Le muscle psoas est de couleur noir verdâtre et altéré.

Le nerf crural est vasculaire du côté de l'arcade crurale, le nerf obturateur paraît sain.

Il y a des ganglions du côté droit mais moins que du côté gauche. Les nerfs sciatiques droit et gauche paraissent sains à l'œil. La pie-mère m'a paru un peu rosée dans le canal lombo-sacré.

Pas d'altération macroscopique des vaisseaux ni dans leur calibre ni dans leur direction, quelques ganglions lymphatiques accolés à la veine-cave inférieure du côté droit.

Examen du squelette. — Colonne lombaire. Elle présente à droite des altérations peu étendues. Du côté gauche le squelette paraît sain, et l'abcès qu'on a constaté de ce côté au niveau du psoas est dû à une lésion osseuse siégeant plus bas. Du côté droit on constate sur la partie latérale de la 4^e vertèbre lombaire, à la fois sur le corps de cette vertèbre et sur son apophyse transverse : Une ulcération superficielle, au-dessous de laquelle, le tissu est mou, friable, présentant en un mot les caractères de la carie tuberculeuse. La 5^e vertèbre présente la même altération sur sa partie latérale droite dans une petite étendue et sur son apophyse transverse.

Articulation sacro-vertébrale. — Les os qui concourent à former cette articulation sont malades tant du côté du sacrum que du côté de la 5^e vertèbre lombaire. Ils présentent en divers points des ulcérations et des fongosités.

Sacrum. — C'est le sacrum qui est le siège des altérations principales, on y voit : du côté gauche, à la partie supérieure un ostéophyte reposant sur des tissus moux, projeté en avant, et luxé en quelque sorte sur la partie antérieure du corps de la 5^e vertèbre lombaire.

Sur la partie médiane, immédiatement au-dessous de l'articulation sacro-vertébrale, on trouve un sequestre gris jaunâtre, parfaitement mobile, haut de 1 centimètre sur 7 millimètres de large, sequestre placé dans une petite loge remplie par des fongosités, loge dans laquelle on voit encore deux ou trois sequestres plus petits. Tout autour de ce sequestre le squelette du sacrum est irrégulier et présente les traces d'un travail d'hypérostose. Au-dessous, dans la partie inférieure du sacrum le corps des vertèbres est rouge, très dur, en particulier la 3^e pièce du sacrum qui est hypertrophiée d'une manière manifeste.

Articulation sacro-iliaque. — La partie articulaire du sacrum présente du côté droit dans presque toute son étendue, des altérations profondes. Toute la partie adjacente du corps du sacrum est réduite à l'état de sequestres durs, criblés de petits trous. La partie correspondante de l'os iliaque ne présente que des altérations minimales. Du côté gauche, la lésion de l'articulation est superficielle, l'os est dénudé et dur à sa partie supérieure, recouvert de quelques fongosités.

En arrière de la jonction du sacrum avec la 5^e vertèbre lombaire, c'est-à-dire à la partie gauche de l'articulation sacro-iliaque, on trouve un petit sequestre entouré de fongosités.

Ce sont ces altérations osseuses qui ont donné naissance à l'abcès récurrent constaté du côté gauche du psoas.

Canal lombo-sacré. — Ce canal examiné après l'ablation de la moëlle et des nerfs de la queue de cheval est tapissé par une membrane grisâtre, épaisse, qui est la *dûre-mère*, dont l'aspect est ainsi modifié depuis le niveau de la 2^e lombaire jusqu'à la première portion du canal sacré. Dans cette étendue, la dure-mère est dou-

blée à sa face interne par une couche grisâtre purulente. La surface interne présente également un aspect gris blanchâtre, un peu plus accusé qu'à l'état normal. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque on constate l'existence d'un sequestre irrégulier qui tendrait à pénétrer dans le canal sacré. La 5^e vertèbre lombaire est enfoncée dans le sacrum entre les os iliaques. La paroi postérieure du canal sacré est proéminée en avant.

OBSERVATION II (*personnelle inédite*)

Mal de Pott lombo-sacré. — Autopsie.

Mère, affection de foie.

Père, tuberculose.

3 enfants :

a) fille morte à 16 mois, méningite tuberculeuse.

b) garçon 11 ans, bien portant.

c) notre malade Albert Borde Charles. A l'âge de vingt mois il a eu pendant un an successivement : bronchite, coqueluche, variole, rougeole, il n'a jamais marché seul ni avant ni après ces maladies, il est âgé de 5 ans, est entré à l'hôpital le 18 septembre 1886, salle Dénonvillier n° 47, hôpital Trousseau, service de M. le Professeur Lannelongue. Un an avant son entrée à l'hôpital, l'enfant se plaignait de maux de reins et dans l'articulation sacro-femorale gauche, la gibbosité ne parut que 5 mois avant son entrée. Nous avons vu deux fois chez cet enfant une éruption cutanée discrète presque généralisée sans réaction générale, disparaissant le lendemain.

Gibbosité. — Formée des trois dernières vertèbres lombaires et de presque tout le sacrum. De chaque côté, les muscles sacro-lombaires sont contracturés et tuméfiés. La pression sur la gibbosité détermine de la douleur,

Les crêtes iliaques sont saines.

Membre inférieur droit. — Les muscles ne semblent pas être atrophiés. Pas de contracture ni de flaccidité ; tous les mouvements sont normaux et faciles à produire. Des ganglions dans l'aîne.

Pas d'épilepsie spinale.

Reflexes rotuliens et du pied augmentés. Sensibilité normale.

Membre inférieure gauche. — Un énorme abcès fait saillie à la face antero-externe de la cuisse, cet abcès porte les traces de plusieurs ponctions antérieures. Le mouvement d'abduction est limité, les autres mouvements sont normaux. Le genou est mi-fléchi, on peut pourtant l'étendre facilement et sans douleur. Les muscles autour de l'abcès sont contracturés. Les muscles de la jambe et du pied sont normaux. Sensibilité normale.

Epilepsie spinale perçue par les mains, mais pas assez manifeste pour l'œil. Des ganglions dans l'aîne.

Reflexes rotuliens et du pied exagérés.

Les ongles des orteils sont recourbés en griffes.

Attitude. — Debout l'enfant se tient bien. A part la jambe gauche mi-fléchie est déjetée en dehors.

Le 16 décembre ouverture de la poche, raclage. Elévation de température, vomissement. Mort, septicémie. Autopsie le 6 janvier 1887.

Dans la fosse iliaque gauche il existe une poche dans l'épaisseur du muscle iliaque et au devant de lui. Cette poche remonte sur la partie latérale du rachis jusqu'au niveau de la première lombaire. Elle présente une surface rouge demi-inflammatoire. Elle descend en passant sous l'arcade fémorale au devant du fémur, 3-4 centimètres au dessous du petit trochanter. Dans la fosse iliaque gauche, à la face externe et supérieure de la cuisse, existe une poche immense dont les parois en partie formées par la peau et les muscles fessiers recouverts de fongosités.

Elles sont rouges dans la portion déclive de la poche, et blanc jaunâtre dans la partie supérieure. Les muscles fessiers sont détruits en grande partie et ne viennent plus s'insérer au grand

trochanter qui apparaît tout dénudé, disséqué et former une saillie à la partie externe. Cette vaste poche a plusieurs diverticules, clapiers, parmi lesquels on remarque deux trajets fistuleux, l'un par lequel on peut introduire le doigt remonte le long de l'os iliaque, sous les muscles fessiers, passe par l'échancrure sciatique et arrive jusqu'à la partie malade du sacrum ; l'autre située plus bas passe par dessous le col du fémur, et vient s'ouvrir dans la poche décrite précédemment au devant de cet os.

Sur la face antérieure du sacrum on trouve des petits ganglions. Dans la concavité sacrée il existe un abcès qui descend au devant du sacrum jusqu'au coccyx. Il y a des volumineux sequestres plats, discoïdes, grands comme une pièce de deux francs, répondant aux corps vertébraux.

La première et la seconde vertèbre sacrées sont détruites en grande partie. On compte deux disques mobiles et plusieurs petits sequestres dans la cavité. L'os iliaque du côté de l'articulation sacro-iliaque est très altéré.

Plusieurs sequestres ont été enlevés à la surface.

Cerveau. Présente plusieurs veines oblitérées par des caillots, les uns blancs les autres rouges dus probablement à des troubles veineux d'avant la mort. Le reste du cerveau est sain, pas de méningite.

Poumons. Pas de tubercule, emphysème aux sommets et aux bords. Les bases congestionnées.

Cœur. Pâle, normal.

Foie. Volumineux, couleur jaune-claire-chamois très accusée, dépressible, friable. Foie gras type, bile normale.

Reins. Petits, pâles, substance corticale blanche décolorée.

Rate. Petite, décolorée.

Estomac contient matière liquide à grains noirâtres,

Mésentère. Quelques petits ganglions.

Examen du squelette malade. — Colonne vertébrale. On trouve sur la partie latérale gauche de la première vertèbre lombaire une caverne d'une certaine profondeur pouvant loger un gros

pois. C'est cette lésion osseuse qui a donné naissance aux abcès des fosses iliaques. Sur la partie latérale gauche de la deuxième lombaire existe une deuxième cavité moins considérable remplie de matière jaunâtre. Cette cavité n'est pas en communication avec l'abcès voisin, elle n'a aucun retentissement à l'extérieur.

La troisième lombaire est aussi le siège d'une altération superficielle sur la partie latérale gauche un peu en arrière. C'est surtout à sa partie antérieure et sur sa face droite que cette vertèbre est malade.

Elle présente une altération assez profonde qui a détruit sa face antérieure dans une profondeur de 2 à 3 millimètres.

Le disque qui sépare la troisième lombaire de la quatrième est à peu près complètement détruit. Les faces vertébrales correspondantes sont dénudées et très friables; de cette destruction résulte une certaine mobilité de la troisième sur la quatrième vertèbre lombaire, ce qui équivaut à une fracture incomplète de la colonne vertébrale en cet endroit. La quatrième lombaire est aussi très altérée; sa face antérieure est dénudée et en partie ulcérée. Sa surface présente en certains points un aspect grisâtre et la consistance de la carie dure.

Quand à la cinquième lombaire elle est réduite à sa partie latérale et postérieure, tout le corps ayant disparu.

Sacrum. — La première vertèbre sacrée est détruite en grande partie, en réalité il ne reste du corps de cette première vertèbre que trois ou quatre sequestres dont deux surtout sont volumineux dans le sens transversal, tandis qu'ils n'ont que 1 millimètre $\frac{1}{2}$ d'épaisseur.

Il résulte de cette destruction presque complète de la cinquième lombaire et de la première pièce du sacrum que le sacrum est très mobile sur la colonne vertébrale; on peut la considérer comme une seconde fracture de la colonne vertébrale dans cet endroit. Le sacrum est fortement incliné en avant, inclinaison qui a produit à la partie inférieure de la région lombaire et supérieure de

la région sacrée une convexité marquée, qui sur le vivant faisait croire à une lésion qui n'intéressait que les vertèbres lombaires, alors que le sacrum était le siège principal de l'altération tuberculeuse.

Tout à fait à la partie inférieure du sacrum, à la réunion de cet os avec le coccyx, on constate une petite altération siégeant au niveau de l'articulation de ces deux os avec deux petits sequestres tout à fait minimes. A la partie antérieure du sacrum et des trois dernières lombaires existait un vaste abcès en rapport avec les altérations de ces vertèbres et indépendant des autres abcès.

Le canal lombo-sacré est intéressé par les sequestres qui se trouvent au niveau de l'articulation lombo-sacrée.

OBSERVATION III. (*Personnelle et inédite*)

Mal de Pott lombo-sacré. — Autopsie.

Pichereau Jeanne âgée de 3 ans 1/2, entrée dans le service de M. le Professeur Lannelongue salle Giralès n° 10, le 11 janvier 1886. .

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant fut opérée à St-Louis à l'âge de 9 mois d'une grosseur du côté gauche.

A 2 ans ophthalmie, 6 mois plus tard rougeole, après cela grosseur dans le dos à la région lombaire qui allait toujours en augmentant. Il y a 18 mois gros abcès dans l'aîne. L'enfant a marché vers deux ans, mais très difficilement, en s'appuyant avec les mains contre les genoux pour se soutenir; elle a cessé pour toujours de marcher depuis l'apparition de l'abcès. (Février 1887.)

Etat actuel. — La gibbosité formée par le sacrum et les 5 vertèbres lombaires est médiane, ronde. De chaque côté de la gibbo-

sité, il y a une saillie formée par les muscles sacro-lombaires contracturés et un gonflement intense.

Sensibilité douloureuse autour et au niveau de la gibbosité qui est fortement enflammée.

Veines superficielles de la gibbosité, et autour d'elle s'y développant, sur le ventre, le thorax et les membres inférieurs on observe une circulation veineuse très accusée. Enorme abcès à la région fessière on y voit la trace d'une ancienne ponction (20 décembre 1886.)

Membre inférieur droit. Tous les muscles très atrophiés. Tous les mouvements du membre sont libres mais très douloureux. Sensibilité cutanée et plantaire un peu exagérée. Reflexe tendineux normaux. Pas d'épilepsie spinale. Les orteils et les ongles sont longs et recourbés en griffes. Des ganglions dans l'aîne droite. Membre inférieur gauche. Même phénomène que du côté du membre droit.

Etat général cachectique très avancé. Température en moyenne, prise pendant 10 jours à la même heure et avec le même instrument dans les mêmes conditions :

Aisselle : 37, 3; au niveau de la gibbosité : 36, 7; sur la colonne vertébrale saine entre les angles inférieurs des omoplates : 35, 3; sur la plante du pied droit : 25, 1; pied gauche : 25, 6.

Autopsie. — Examen du squelette : colonne vertébrale altérée. Face antérieure de la région lombo-sacrée : plusieurs ganglions du volume d'une noisette, caséeux, se trouvent accolés aux veines iliaques. Depuis la 2^e et 3^e lombaire jusqu'à la partie inférieure du sacrum se trouve un tissu fibreux lardacé et épais. La région lombaire est fortement fléchie sur le sacrum; cette flexion est due à la destruction de plusieurs vertèbres. Le tissu fibreux enlevé on aperçoit une séparation nette et complète entre la 3^e et la 4^e lombaire. On peut considérer la colonne vertébrale comme fracturée complètement dans cet endroit où le cartilage entre ces deux vertèbres est disparu. Les surfaces des deux vertèbres correspondantes sont rougeâtres et dénudées. Les parties latérales de ces

vertèbres sont également ramollies et altérées. La 4^e et la 5^e lombaires sont en partie détruites, en partie réduites à l'état de séquestre. L'articulation sacro-vertébrale est le siège de productions caséuses qui s'avancent en arrière jusque dans le canal lombo-sacré, d'ailleurs ce canal lombo-sacré se trouve en communication au niveau de l'articulation lombo-sacrée et au niveau de la réunion de la 3^e et 4^e lombaires avec les foyers caséux.

Sacrum (1e). — Est le siège d'altérations du même ordre ; les premières pièces sont relativement saines bien qu'on trouve au niveau des trous sacrés les prolongements caséux qui communiquent avec les masses caséuses du canal sacré. On constate une ostéite manifeste du côté droit au niveau de la 3^e pièce du sacrum. La deuxième lombo-sacrée est caséuse et épaissie de 1-2 millimètres.

Face postérieure. — Il existe une convexité qui a pour centre de mouvement la 3^e et 4^e lombaires au niveau de la flexion.

La courbure est formée par la séparation presque complète de la 3^e et 4^e lombaires.

Les séquestres et les os détruits sont durs malgré leur grande facilité de se détacher.

Les apophyses épineuses et transverses sont saines. La colonne vertébrale est comme fracturée au niveau de la 3^e et 4^e lombaires elle n'est soutenue que par les parties molles environnantes et la dure mère épaissie.

La moelle lombaire paraît saine. Les racine de la queue de cheval ne présentent point de lésion (examen par dissociation).

L'épaississement de la dure-mère présente des tubercules agglomérés contenant de nombreuses cellules géantes.

OBSERVATION IV. (*Lannelongue*)

Mal de Pott dorso-lombaire, vaste destruction osseuse portant sur sept corps vertébraux. — Absès symptomatique descendant jusqu'à la pointe du coccyx. — Compression de la veine cave.

Garçon de 14 ans, mort en juin 1883 (Stimmerman).

Affection ayant duré 4 ans. Œdème considérable des membres inférieurs avant la mort.

Autopsie. — Tubercules pulmonaires. Dégénérescence émyloïde du foie.

Altération des os. — Les altérations des os, visibles sans faire des coupes, commencent à la huitième vertèbre dorsale, déjà le corps de cette huitième est altéré et en partie détruit; mais c'est surtout, à partir de la neuvième que ces altérations sont le plus sensibles. Le corps de la neuvième est aux trois quarts détruit. Les corps du 10, 11, 14 dorsales et des trois premières lombaires font totalement défaut. Sept corps vertébraux sont très intéressés et font en grande partie défaut. A leur place dans la cavité anfractueuse qui existe, on ne trouve qu'une lame osseuse transversale qui divise cette cavité en deux. Ajoutons que les colonnes des apophyses articulaires existent en grande partie, malgré la destruction du corps. Le corps de la 4^e lombaire a aussi aux trois quarts disparu et les articulations de la 5^e avec le sacrum sont atteintes. Il résulte de cette vaste perte de substance, la formation de la gibbosité d'une part, mais, en outre, quand on examine la colonne vertébrale par sa partie antérieure, un fait assez curieux est constaté : La colonne dorsale se dirige obliquement en arrière et en bas, à partir de l'angle sacro-vertébral. Le corps de la cinquième lombaire se dirige également en arrière et en haut. Ces deux tronçons vont se rejoindre et la 5^e vertèbre lombaire touche presque la huitième dorsale.

Il existe un vaste abcès symptomatique dont les parois sont très épaisses, au niveau de son origine, couverte à l'intérieur de produits caséeux et fongueux parsemés de débris d'os. Cette poche descend sur la ligne médiane jusqu'à la pointe du coccyx. A ce niveau elle présente une ouverture dirigée à droite, par laquelle elle se continue jusque dans la fosse correspondante où se trouvait un clapier.

Au point où elle recouvre le sacrum, cette poche a en par

tie détruit les os. Immédiatement au devant de la poche, au niveau de l'angle dont j'ai parlé tout à l'heure, toutes les parties molles sont confondues dans un magma où se trouve de très gros ganglions caséeux. La veine cave et l'aorte sont englobées dans ce tissu. La veine cave était comprimée ; c'est ce qui explique l'œdème considérable des membres inférieurs que présentait l'enfant dans les derniers temps de sa vie.

OBSERVATION V. (*Lannelongue*) n° 229.

Mal de Pott lombaire. — Vaste cavité comprenant deux corps vertébraux (2^e et 3^e lombaires). — Gros fragments osseux libres. — Abscès symptomatiques latéraux. — Changement insolite de direction du sacrum. — Angle sacro-vertébral très prononcé.

La cavité comprend le 3^e corps lombaire, qui a disparu presque entièrement. Il ne reste de ce corps qu'une lame inférieure transversale érodée en avant, qui divise la grande cavité en deux étages.

En effet, le disque placé au dessous, ayant complètement disparu, il en résulte qu'à ce niveau, entre lui et la lame précédente, il y a une cavité secondaire. Le 2^e corps vertébral a disparu en grande partie. Il ne reste plus que la lame supérieure de ce corps avec son disque intact. La cavité correspond donc à ces deux corps presque entièrement disparus. En arrière, la dure-mère rachidienne est dénudée et forme sa paroi.

Sur les parties latérales quelques fragments des lames sont séparés et adhèrent aux muscles. Dans cette grande cavité qui a presque un pouce de hauteur en avant, se trouvent mobiles quelques fragments osseux libres, vestiges des corps vertébraux disparus. De cette cavité proviennent deux poches latérales, dont l'une, celle de droite, descendait le bas de la gouttière lombaire, presque à la base du sacrum, elle a été enlevée. La partie supérieure

de la colonne vertébrale a subi une légère déviation latérale, elle est portée transversalement et un peu à gauche. Les corps de la 4^e et la 5^e lombaire forment une saillie en avant, qui se continue directement avec le promontoire sacré. Or le sacrum au dessous du promontoire ne décrit pas de concavité, il forme une ligne droite avec la pointe du coccyx qui est très relevé en arrière. Cette direction de la colonne sacrée d'avant en arrière, et en ligne droite, de manière à former un angle presque droit avec le promontoire, est un fait remarquable ; il a pour résultat : une fluxion en arrière au niveau des articulations sacro-iliaques et une courbure au-dessous, à la région lombaire assez prononcé. C'est un signe particulier du Mal de Pott à ce niveau. De plus, cette direction en arrière du sacrum doit rétrécir le diamètre postéro-anérieur du bassin.

Enfin quand on fléchit fortement la colonne vertébrale sur son tronçon inférieur, on ne détermine pas une saillie angulaire proprement dite, mais une simple saillie arrondie. (Enfant de 10 à 12 ans.)

OBSERVATION VI (*Lannelongue*)

Mal de Pott lombaire. — Luxation spontanée à la seconde vertèbre lombaire sur la troisième. — Abscess médian et latéral non ouvert, en rapport avec le foyer osseux dans la cavité abdominale.

Garçon, 6 ans, venant du service de M. Triboulet.

Pas de renseignements, janvier 1884.

Autopsie.— Le mal de Pott est placé au niveau de la 3^e vertèbre lombaire, le corps de cette vertèbre ainsi qu'une partie du disque qui la sépare de la seconde ont en partie disparus et il existe à ce niveau une cavité qui est étroite et qui communique avec un abcès à la fois médian et latéral.

La partie supérieure de la colonne vertébrale, placée au-dessus du Mal de Pott est infléchie en arrière, mais en même temps elle est fortement portée à gauche.

L'axe de la colonne vertébrale n'est pas placé sur le prolongement de l'axe du sacrum et de la dernière partie lombaire; il existe en un mot un déplacement latéral à gauche du corps de la 2^e vertèbre lombaire: ce déplacement est de plus d'un centimètre.

L'abcès tuberculeux a le volume de deux marrons placés de chaque côté de la colonne vertébrale et communiquant entre eux sur la ligne médiane. Dans ces abcès on trouve de la matière caséuse et quelques débris osseux, il ne communique pas au dehors.

En arrière on n'observe qu'une gibbosité peu considérable qui ne permet pas de reconnaître la luxation latérale dont j'ai parlé.

OBSERVATION VII (*Lannelongue*)

Mal de Pott Lombaire. — Luxation spontanée incomplète et latérale sur le sacrum. — Abscess multiples, trajets fistuleux consécutifs.

Boulangier, garçon âgé de 9 ans et 1/2.

L'affection avait trois ans de date. Mort en novembre 1883.

Autopsie. — Tubercules pulmonaires infiltrant les deux poumons.

Description de la pièce. — Les altérations osseuses portent sur le corps de la dernière vertèbre lombaire et seront décrites plus loin. L'articulation sacro-vertébrale est aussi atteinte, son cartilage a disparu et des fongosités s'engagent dans le corps de la dernière vertèbre mise à nue-ulcérée; ce qui frappe tout d'abord, c'est le déplacement qu'a subi la colonne lombaire par rapport au sacrum. Il y a là une luxation complète et latérale. L'axe de la portion

lombaire de la colonne se dirige de haut en bas et de droite à gauche, d'une façon très accusée. Le corps de la dernière vertèbre en effet, à glissé sur la face supérieure du sacrum, de droite à gauche, dans une étendue de plus d'un centimètre, et il repose par son extrémité qui est plus à gauche, sur l'articulation sacro-iliaque; en même temps il semble que la colonne est un peu portée en avant, car l'angle sacro-vertébral est à peine accusé. Tel est le fait saillant tout d'abord.

Les altérations osseuses portent en outre sur la 2^e pièce du sacrum, et l'articulation sacro-vertébrale gauche est en partie détruite; elle consiste en une oséité raréfiante fongueuse; de même en haut, le 4^e corps vertébral présente une altération identique limitée à sa partie latérale. Quant au 5^e corps, il est aussi l'objet du même travail d'ostéité. Ce travail de destruction l'a usé de telle manière qu'il a pris la forme d'un coin latéral. La partie gauche a conservé sa hauteur normale de 4 centimètres environ; la partie latérale droite est à peine de 3 cent. On s'explique ainsi le glissement de ce corps du côté gauche qui s'est produit. Ces lésions des os ont donné lieu à des trajets fistuleux qui s'ouvrent sur la peau par 5 ouvertures.

OBSERVATION VIII (*Lannelongue*)

Mal de Pott lombaire. — Destruction complète du 4^e corps vertébral ouvrant en arrière le canal rachidien.

Pas de renseignements sur la maladie.

Autopsie. — A la place du 4^e corps lombaire qui a totalement disparu existe une grande cavité correspondante à ce corps, pleine de produits fongueux, d'où portait une poche qui s'étendait latéralement vers l'articulation sacro-iliaque droite.

Les cartilages qui la séparent des vertèbres inférieures et supérieures sont disparus en partie. Le canal rachidien est ouvert et la dure-mère dénudée dans l'étendue d'un centimètre environ. Autour de cette cavité en avant existent des produits lardacés. La perte de substance laissée par le vide du corps vertébral est ouverte en avant comme une bouche béante. En arrière on ne distingue pas d'angles et quand on remet au contact, par un mouvement de flexion les corps de vertèbres, on ne provoque pas l'apparition d'une saillie angulaire postérieure, ce qui est conforme à la clinique. (Enfant de 4 à 6 ans).

OBSERVATION IX (*Lannelongue*)

Mal de Pott Lombaire, de la 1^{re} et 2^e vertèbres lombaires.— Destruction presque totale de deux corps vertébraux.— Abscesses symptomatiques considérables occupant la région iliaque et rénale du côté gauche.

Pas de renseignements sur ce malade.

Il existe une cavité considérable comprenant deux corps vertébraux, le 1^{er} et 2^e lombaires; ces corps ont presque totalement disparu sauf une lame transversale, appartenant à la partie inférieure du corps de la 1^{re} lombaire et formant une cloison incomplète, ulcérée, dans la grande cavité. Le canal rachidien est ouvert en arrière dans l'étendue correspondante à ces deux corps vertébraux. En avant, des tissus d'induration séparent l'aorte et les parties voisines de la cavité. Latéralement, et à gauche, la cavité osseuse communique avec un vaste abcès tuberculeux qui remonte en remplissant la gouttière costo-vertébrale jusqu'au rein et qui en bas descend dans la fosse iliaque.

L'aorte ne paraît pas glissée. Quand on met en contact la paroi antérieure des deux tronçons vertébraux, on augmente la gibbosité postérieure qui forme une courbure convexe, sans présenter pourtant une saillie angulaire. (Enfant de 6-8 ans).

OBSERVATION X (*Lannelongue*)

Mal de Pott lombo-sacré. — Absès symptomatiques. — Subluxation. — L'un des absès est médian et pelvien.

Chenil Louise âgée de 4 ans. Entrée le 11 janvier 1885. Morte le 22 janvier 1885.

Père mort d'une affection de poitrine, mère bien portante. Antécédents personnels : bronchite il y a un an. Il y a 3 semaines survint un gonflement de la cuisse gauche avec douleur dans les mouvements.

Etat actuel — Vaste absès occupant toute la moitié supérieure et externe de la cuisse droite. Fluctuation manifeste. Dilatation des veines superficielles. Douleur à la pression sur le trajet du fémur ; 13 janvier : incision, drainage ; 14 janvier soir 38° ; 15 janvier soir 38°. Morte le 22 janvier 1885.

Autopsie, Poumons.— Tubercules dans les deux poumons. Tubercules crétacés dans les ganglions péritrachio-bronchiques.

Cœur, sain.

Foie augmenté de volume.

Péritoine, sain.

Description du mal de Pott.— Mal de Pott de la dernière vertèbre lombaire et de l'articulation avec le sacrum. Le corps de cette vertèbre est en partie détruit et réduit à des fragments mobiles ou un peu adhérents, placés entre le sacrum et la quatrième lombaire. Il n'y a pas de gibbosité appréciable en arrière. Cependant la dernière apophyse épineuse lombaire surmonte une légère dépression qui correspond au sacrum. Mais ceci n'est apparent que

quand l'os est dépouillé des parties molles. Il existe aussi une mobilité plus grande à ce niveau dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral.

Le tronçon supérieur vertébral et le sacrum se rencontrent sous un angle saillant en avant et en vérité il y a un léger déplacement du tronçon vertébral en arrière, une subluxation en un mot. Partant du foyer osseux, on trouve deux poches d'abcès symptomatiques. L'une, antérieure occupe toute la concavité du sacrum jusqu'à la base du coccyx, et remonte en haut jusqu'au corps de la 3^e lombaire. La seconde poche, part de celle-ci, traverse l'échancrure sciatique par le haut, descend dans la fesse, contourne le bord antérieur du muscle grand fessier, arrive dans la cuisse avec le volume d'un poing, à la partie interne et postérieure.

OBSERVATION XI. (*Personnelle*)

Mal de Pott lombaire. — Paralyse complète, paralysie flasque et atrophie musculaire très grande

Collinon Juliette 3 ans, entrée à l'hôpital Trousseau 15 décembre 1885 salle Giralès, n° 15.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant a marché à 11 mois, bien portant jusqu'à l'âge de 3 ans, à cette époque forte fièvre pendant quelques semaines, à la suite de quoi on s'est aperçu que l'enfant ne marchait plus, ses jambes étaient sans forces. Admise à l'hôpital un mois après, marche seule impossible ; soutenue, elle marche difficilement en lançant les jambes qui sont flasques et très atrophiées ; elle traîne ses jambes qui sont en abductions toutes les deux, les pieds sont en equin et un peu en vaglus. Le tronc se balance de chaque côté (marche de canard) paralysie presque complète des deux membres.

Gibbosité formée par les 5^e vertèbres lombaires, elle est saillante au grand méplat au-dessus et au-dessous d'elle.

Douleur presque insensible à la pression sur la gibbosité.

Les muscles latéraux ne sont pas contracturés.

On ne sent pas l'abcès dans l'abdomen ou ailleurs.

Trouble vaso-moteur des membres inférieurs, ils sont froids et violacés.

Membre inférieur droit. — Muscles flasques très atrophiés. La corde du tendon d'Achille est très sensible, les extensions du pied sont tendus. Des gros ganglions dans les deux aines.

Mouvements actifs impossibles, mouvements passifs faciles à produire; sensibilité cutanée normale.

Reflexes tendineuses à peine sensibles.

Pas d'épilepsie spinale.

Presque pas de réaction électrique.

Membre inférieur gauche. — Mêmes phénomènes que du côté droit.

Température en moyenne prise pendant 10 jours :

Aisselle	Gibbosité	entre les omoplates	plante du pied droit	plante du pied gauche
37,4	34,1	35,7	24,9	24,4

OBSERVATION XII. (*Personnelle inédite*)

Mal de Pott sacro-lombaire

Augustine Giraldès, âgée de 6 ans 1/2, entrée le 13 novembre 1886, salle Giraldès n° 34, hôpital Trousseau.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bien portante jusqu'à 3 ans 1/2; à 4 ans rougeole, elle a beaucoup toussé à la suite de cette maladie. Environ quatre mois après,

elle commence à souffrir de douleurs très vives dans le genou droit qui durèrent pendant un an, la marche lui était pénible et difficile. Difficulté à se baisser. Elle restait volontiers couchée surtout sur le ventre. Changement dans le caractère : tristesse, mauvaise humeur, capricieuse, etc. Elle avait complètement changé au dire de la mère, frileuse. Depuis un an, des douleurs dans le côté gauche et dans les reins. Depuis deux mois, tuméfaction dans la région lombaire. Etat général moins bien encore depuis l'apparition de ces dernières douleurs. — Etat actuel (janvier 21, 1887) : attitude spéciale, le ventre et thorax portés en avant, cambrure de la colonne vertébrale et elle a la marche de canard en dandinant, comme dans la double luxation coxo fémorale ; elle traîne un peu la jambe gauche en marchant et qui est du reste en légère abduction, pas d'amaigrissement général marqué.

Gibbosité formée par les trois dernières lombaires et le sacrum de chaque côté de la gibbosité les masses musculaires sacro-lombaires sont contracturées et gonflées. Douleur de la gibbosité provoquée par une très forte pression.

Membre inférieur droit. — Les muscles de la jambe et de la cuisse sont plus atrophiés que du côté gauche tout en étant dans une certaine contracture qui cède par la fatigue. Les mouvements actifs et passifs sont faciles à provoquer ; quelques petits ganglions cruraux.

Reflexes rotuliens normaux, sensibilité normale.

Epilepsie à peine perceptible.

Membre inférieur gauche. — Les muscles de la jambe et de la cuisse sont plus durs et gros à la palpation.

Pas d'épilepsie spinale la *sensibilité* électrique paraît plus grande de ce côté que du côté droit.

Reflexes tendineux normaux, sensibilité normale.

Aucun trouble du côté de l'intestin ni de la vessie.

Température prise en moyenne pendant 10 jours.

Aisselle : 37,5 ; au niveau de la gibbosité : 34,4 ; au niveau de la

colonne vertébrale saine : 35,5; à la plante du pied droit : 26,2; à la plante du pied gauche : 52,2.

OBSERVATION XIII (*Personnelle inédite*)

Mal de Pott lombaire

Père tuberculeux.

Fille Dumon Marie-Honorine, âgée de 28 mois, entrée dans le service M. de Lannelongue, décembre 1886, salle Giraldès, n° 19, a deux ans bronchite guérie; rougeole et coqueluche en même temps, il y a quatre mois. Elle marcha à l'âge de 11 mois, jusqu'il y a deux mois.

L'enfant s'est toujours plaint depuis, de son ventre au nombril surtout, mais jamais de son dos ou de sa hanche.

Marche difficile, impossible sans soutien, soutenue par les deux bras elle marche toute fléchie en avant, les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Elle ne traîne pas les jambes.

Gibbosité. — Grandeur moyenne déviée un peu à gauche, formée par la 5^e vertèbre lombaire, les muscles latéraux de chaque côté de la gibbosité sont contracturés, ils sont durs, la douleur n'est produite que par très forte pression.

Sensibilité cutanée plus grande au niveau de la gibbosité que sur le reste de la colonne vertébrale.

Membre inférieur droit. — Atrophie musculaire très prononcée avec flacidité. Au dire de la mère elle aurait été visible dans les premières semaines de la maladie, ce membre a été toujours après la maladie plus faible.

Sensibilité plantaire peut-être un peu diminuée. Sens musculaire conservé.

Reflexes tendineux normaux.

Pas d'épilepsie spinale.

Pied equin.

Les muscles du côté droit paraissent plus atrophiés que du côté gauche, ils réagissent moins énergiquement au même courant électrique que leurs congénères du côté gauche.

Membre inférieur gauche. — Musculature moins atrophiée, tous les mouvements passifs faciles et les mouvements actifs un peu difficiles et courts. Sens musculaire conservé.

Sensibilité normale.

Pas d'épilepsie spinale.

Reflexe tendineux normaux.

Troubles vaso-moteurs de deux membres qui sont froids et violacés.

L'enfant perd ses matières et ses urines, mais il faut considérer qu'elle est très jeune et ménage beaucoup ses mouvements.

Température prise en moyenne pendant 10 jours.

Aisselle	Gibbosité	au niveau	colon saine	entre les omoplates	plante pied droit	plante pied gauche
37,4	35,5		36,7		28,2	26,7

OBSERVATION XIV. (*Personnelle inédite*)

Mal de Pott lombaire

Constantin Roux (41, rue des Vinaigriers, Paris, observation prise vers décembre 1886) 4 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Il a marché à 10 mois, jusqu'à il y a un an. Depuis lors, l'enfant se plaint de fatigue dès qu'il faisait quelques pas ou qu'on le touchait. Son caractère est devenu triste, maussade, capricieux, ne mange plus aussi bien, sommeil souvent agité.

Il y a un an il arriva souvent que lorsque l'enfant urinait il s'ar-

rétait brusquement sans pouvoir continuer d'uriner ; le commencement de la miction était facile et normal.

Il y a 14 mois, l'enfant marchait difficilement.

Depuis 8 mois il marche mieux.

L'enfant accuse des douleurs du côté droit sur le trajet du nerf crural.

Gibbosité : Régulière, arrondie, formée par les 4 dernières vertèbres lombaires.

Les muscles sacro-lombaires sont contracturés de chaque côté de la gibbosité.

Légère crépitation cartilagineuse quand on fait passer les téguements sur les apophyses épineuses, sur les apophyses transverses.

Pas d'abcès.

Membres inférieurs. — (L'enfant à un très mauvais caractère depuis la maladie c'est pourquoi il est très difficile à examiner) néanmoins on observe :

1° Atrophie des muscles biceps crural.

2° Un peu d'atrophie des muscles postérieurs de la jambe. (mollet).

3° Sensibilité normale.

4° Reflexes tendineux plus diminués à droite qu'à gauche.

5° Pas d'épilepsie spinale.

L'enfant marche dans l'attitude de Mal de Pott, les mains appuyés sur les cuisses, il traîne la jambe gauche qui est en légère abduction.

La rainure feseière n'est pas sur la ligne médiane.

OBSERVATION XV (*Personnelle*)

Mal de Pott lombo-sacré.

Lebrun Henri 5 ans, entré dans le service de M. le professeur Lannelongue le 26 octobre 1886, salles Denovilliers n° 21.

Mère tuberculeuse.

Enfant strumeux, a marché à 10-11 mois. Il y a 18 mois, l'enfant s'est plaint de fatigue et de gêne dans la marche. On diagnostiqua d'abord une coxalgie droite et puis une coxalgie gauche. L'enfant entra à l'Hôpital pour la première fois, il y a 6 mois, et resta 15 jours. Pas de grosseur ni d'abcès, il part à la campagne ensuite. A ce moment, marche difficile, les jambes faibles ne pouvant pas le supporter, pas de douleur dans le dos ni dans les reins, ni sur les côtes. — Après un mois, cette faiblesse avait disparu, l'enfant allait et marchait bien. Avant, il y a un mois et demi, le père s'aperçut d'une grosseur dans le dos et l'enfant entra à l'hôpital. Trois fois chez cet enfant nous avons remarqué une petite éruption rubiolique sur le corps, sans fièvre et disparaissant le lendemain.

Gibbosité. — Le point culminant est formé par la première sacrée ou la dernière vertèbre lombaire.

Attitude. — Le tronc incliné en avant, l'enfant repose sur le membre inférieur droit. Le muscle inférieur gauche est fortement fléchi et en abduction : la jambe fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, il ne repose pas beaucoup de ce côté. Il en résulte que la partie supérieure du tronc est obliquée, ou plutôt si l'on part de la tête on trouve que le cou se dirige d'abord à gauche, puis au dessous du cou le tronc se dirige à droite jusqu'au niveau de la gibbosité (bassin) et puis après devient vertical.

Il y a une grande courbure de compensation depuis la tête jusqu'à la gibbosité dont la convexité est à droite. La partie lombaire du radius est rectiligne et fait un angle avec la région sacrée. Les parties molles latérales sacrées sont contracturées, gonflées. L'enfant marche difficilement en hésitant et en écartant les jambes. Le tronc est droit, tenu tout d'une pièce et l'enfant évite toute oscillation latérale, l'épaule gauche plus élevée que la droite.

Membre inférieur droit. — L'enfant étendu sur le lit, on remarque une différence dans les membres : dans le membre droit, les abducteurs paraissent un peu contracturés.

Le muscle droit antérieur est flasque à l'égard des autres. La puissance musculaire paraît diminuée. Tous les mouvements du pied sont possibles de même que ceux de la cuisse sur le bassin. Les muscles du membre en général, paraissent un peu flasques. Sens musculaire conservé. Ganglions cruraux plus gros que du côté gauche. Pas d'épilepsie spinale. Reflexes tendineux augmentés et suivis d'une contraction tonique après.

Membre inférieur gauche. — Le triceps crural est contracturé, contraction qu'on peut vaincre lorsqu'on essaie de fléchir la cuisse sur le bassin. Contraction des adducteurs moins prononcée que celle des fléchisseurs. Le membre inférieur gauche est fléchi sur la cuisse, ce qui indique que le psoas est contracturé surtout dans sa position iliaque. Les muscles de la jambe sont contracturés et la jambe est fléchie d'un quart sur la cuisse. Pas d'épilepsie spinale. Reflexes tendineux accrus, la percussion rotulienne significative. Sens musculaire conservé. Le chatouillement de la plante du pied reste complètement insensible. Sensibilité normale. — La rainure fessière n'est pas médiane.

Pas de trouble du côté de la vessie ni du rectum. Abscès par confection énorme, occupant la fosse iliaque gauche et proéminent un peu latéralement en arrière dans le triangle de J. L. P.

L'enfant est parti à Berck-sur-Mer dans le mois de mars 1887. Température en moyenne prise pendant 10 jours.

Aisselle	Gibbosité	Colonne vertébrale	Plante du pied droit	Plante pied gauche
37.3	34.6	35.8	32.2	31.4

OBSERVATION XVI (*Personnelle*)

Mol de Pott lombo-sacré.

Fille, Julie-Camille Lefèvre, 6 ans, (demeurant rue Nps 3, XI^e arrond. Paris).

Pas d'antécédents.

L'enfant est tombée sur le dos, il y a un mois.

La mère s'est aperçue il y a 8 jours d'une tumeur à la fesse, et une petite bosse dans le dos.

L'enfant est complètement changé quand à son caractère, il ne dort plus aussi bien, ne mange plus, il est devenu méchant et capricieux.

Etat général maigre, très délicat de santé.

Gibbosité.—Très petite proéminence à peine visible à la région lombaire intéressant surtout la 3^e et 4^e vertèbre lombaire.

Douleur à une pression très forte, sensibilité cutanée profonde au niveau de la gibbosité un peu plus grande qu'ailleurs, sur la colonne vertébrale. Les muscles sacro-lombaires sont contracturés de chaque côté de la gibbosité.

Des veines superficielles développées au niveau de la gibbosité

Un gros abcès dans la fesse droite.

Marche de canard en dandinant.

Membre inférieur droit.— Les muscles en général sont atrophiés, le psoas est contracturé, ce qui fait que lorsque l'enfant marche la jambe droite est un peu raide et elle traîne. Les mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation de la cuisse sur le bassin sont très limités. Pas de ganglions sensibles d'aucun côté, pas d'épilepsie spinale.

Reflexes tendineux normaux.

Sensibilité cutanée normale. Sens musculaire conservé, l'extrémité du pied est toujours refroidie.

Membre inférieur gauche. — Les muscles du membre gauche sont de beaucoup moins atrophiés que du côté droit, pas de contracture du psoas; les mouvements de la cuisse sur le bassin sont libres.

Pas d'épilepsie spinale.

Reflexes tendineux normaux.

Sensibilité cutanée normale, sens musculaire conservé; aucun autre trouble fonctionnel.

OBSERVATION XVII (*Personnelle inédite*)

Mal de Pott lombo-sacré.

Garçon Schmitt Bertflie, 3 ans, entré à l'Hôpital Trousseau le 22 février 1886, salle Bouvier n° 25.

Écoulement de l'oreille droite depuis l'âge de 2 ans.

Depuis trois semaines (décembre 1886) une carie du rocher droit, suppuration, opération, drainage.

Etat actuel (2 janvier 1887). Marche de canard en dandinant, le ventre et le thorax proéminés en avant et une forte courbure de la colonne vertébrale en arrière. L'enfant peut encore marcher sans soutien, ses jambes sont dejetés en dehors et elles traînent en marchant.

Gibbosité. — Peu saillante, ronde et allongée, formée par le sacrum en entier et les 3 dernières vertèbres lombaires.

Douleur à une légère pression.

Les muscles sacro-lombaires sont contracturés de chaque côté de la gibbosité.

Membre inférieur droit—Le psoas est fortement contracturé, tous les autres muscles de la jambe et de la cuisse sont flasques. Mouvement actif et passif faciles à produire et non douloureux, ganglions dans l'aîne sensibilité normale.

Reflexes tendineux un peu plus prononcés.

Pas d'épilepsie spinale, sens musculaire conservé.

Membre inférieur gauche.— Psoas et tous les autres muscles sont flasques et atrophiés. Mouvements actifs et passifs normaux, ganglions dans l'aîne, sensibilité normale.

Reflexes tendineux un peu exagérés.

Pas d'épilepsie spinale.

Les fesses sont le siège d'un eczéma crithémateux très intense et qui date depuis très longtemps.

La rainure fessière n'est pas médiane.

OBSERVATION XVIII (*Personnelle*)

Osteite tuberculeuse de l'os iliaque. — Tumeur fluctuante à la région sacro-iliaque droite, grosse comme un poing d'adulte irréductible.

Tumeur fluctuante à la région sacro-iliaque droite, grosse comme un poing d'adulte irréductible.

Abcès d'origine osseuse parce que: 1° il est trop gros et 2° profond sous aponévrotique, étalé, à base large. L'enfant marche bien, court, saute, jamais de douleurs dans les pieds.

L'origine de l'abcès provient-elle du bassin, de l'os iliaque, du sacrum, de la colonne vertébrale, de plus haut?

La ligne des apophyses spineuses se perd sur les limites gauches de la tumeur; à la pression aucune douleur. La pression sur le sacrum est indolente. La crête iliaque, sauf en un point qui répond à l'angle supérieur et postérieur, est aussi indolente.

La pression doit être très forte pour provoquer la douleur. Un choc latéral brusque sur l'os iliaque ne produit pas de douleur non plus sur l'eschion.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement spécial. Rien dans le bassin.

Une douleur très localisée. Absès symptomatique d'une petite lésion osseuse.

Le 3 mars 1887, opération, incision verticale 3-4 centimètres un jet de pus, liquide grisâtre, sanguinolant, grumeux. On y voit la membrane faisant poche. Grattage.

Le doigt dans la plaie sent l'origine de l'abcès. La sonde cannellée arrive sur l'os iliaque et sent un contact rugueux. Grattage, pansement iodoformé, guérison.

OBSERVATION XIX

Société anatomique 1873 page 349

(Stoicisco interne.)—Sacro-coxalgie gauche.—Carie du Sacrum.—Mort. Autopsie.

F. 33 ans, lymphatique, faiblesse générale, douleur à la pression sur le sacrum, douleur vive en cherchant à rapprocher les 2 os iliaques.

Sensibilité du membre gauche, un peu émue, fourmillement de temps en temps dans tout le membre. Absès par congestion à la région supérieure de la cuisse, ponction, injection d'iode, reproduction de l'abcès. Mort, autopsie.

Muscles fessiers et pelvitrochanteriens, gris, ramollis infiltrés de pus. Collection purulente dans le petit bassin, articulation sacro iliaque gauche remplie de pus, de même qu'en avant et en arrière du sacrum.

Nerfs sacrés, la partie inférieure de la moëlle, les vaisseaux

iliaques, le nerf sciatique, étaient baignés de pus. Les vaisseaux et nerfs paraissent intacts. Sacrum complètement carié, semblable à une éponge ; les ligaments et la synoviale capsulaire détruits. L'articulation sacro-vertébrale et sacro-coxigienne, coxo-fémorale, et sacro-iliaque droite ne présente aucune altération.

OBS. XX (*Lannelongue*).

Mal de Pott, dorso-lombaire. — Deux abcès symptomatiques, l'un injecté à la paraffine. — Tuberculose ovarienne, des trombes et de la cavité utérine. — Ganglions tuberculeux le long des vaisseaux du côté de la poche. — Légère courbure aortique avec adhérence de la partie postérieure de ce vaisseau.

Drouhin Eugénie, 4 ans. Entrée le 18 janvier, morte le 5 février, orpheline. Pas de renseignements sur les antécédents de famille. Déjà soignée à l'hôpital pour des abcès à la jambe droite. Il reste une hypérostose de la partie moyenne du tibia ainsi qu'un petit trajet fistuleux et une cicatrice ancienne. Une gibbosité existe au niveau de la région dorso-lombaire et sera décrite plus loin. On s'est aperçu depuis une quinzaine de jours de l'existence à la cuisse gauche d'une collection fluctuante. La peau est amincie, et l'abcès est prêt à s'ouvrir. — Ouverture spontanée de l'abcès ; on agrandit l'incision, grattage, drainage, mauvais état général, fièvre hectique. Mort le 5 février.

Autopsie. — Poumons. — Pas de tubercules pulmonaires, il y a de gros noyaux caséeux dans les ganglions bronchiques ; ils sont très développés.

Foie. — Toute la face convexe du foie adhère au péritoine par un tissu d'adhérence serré. Il y a en un mot, une pihépatite des

plus accentuée. Le foie est un peu décoloré et gros. Pas de tubercules à sa surface, mais dans les points où il adhère, son tissu est friable et se déchire avec la capsule de Glesson.

Péritoine. — On ne trouve pas de granulations tuberculeuses.

Rate. — Il y a également de la périsplénite sans granulations autour de la rate.

Mal de Pott. — La gibbosité décrit une courbe arrondie qui comprend 3 vertèbres. La portion culminante correspond à la 1^{re} lombaire. Il n'y a pas d'abcès postérieur. Après l'ouverture du corps voici ce que l'on trouve :

1^o *Vaisseau.* — *Aorte.* — Elle décrit une légère concavité latérale et adhère par sa face postérieure à un tissu lardacé qui la sépare des vertèbres malades. Plus bas, le vaisseau se bifurque. L'artère iliaque interne et surtout l'iliaque externe sont reçues dans une gouttière qui adhère à une poche d'abcès tuberculeux qui remplit la fosse iliaque. Cette adhérence se continue jusqu'au ligament de Fallope.

La veine cave. — Et ses veines afférentes n'offrent rien à noter. La veine iliaque externe adhère comme l'artère à la poche. Il existe une série des ganglions lymphatiques échelonnés le long du détroit supérieur du bassin et remontant jusqu'au mal de Pott en suivant les vaisseaux. Les ganglions sont nombreux mais leur volume n'est pas très considérable. Dans leur tissu on voit de petits points tuberculeux. C'est là un des points intéressants de la pièce.

Mal de Pott. — Le corps de la 1^{re} vertèbre lombaire est ulcéré dans une certaine étendue ; il est ulcéré et brisé de haut en bas et d'avant en arrière. L'ulcération se prolonge en avant sur la face antérieure de ce corps ; mais la destruction est surtout grande

sur la 2^e vertèbre lombaire, dont il ne reste plus qu'un arc postérieur qui se continue avec les apophyses articulaires et qui se présente sous la forme d'une lame ou cloison incomplète qui divise en deux cavités placées entre les corps vertébraux.

Le 3^e corps vertébral est aussi légèrement détruit à la surface. Le canal médullaire est à nu dans la cavité du mal de Pott. Notons enfin un tubercule placé sur le corps de la 11^e vertèbre dorsale. De la cavité de destruction du mal de Pott, partent deux abcès tuberculeux ; l'un à gauche, suit la gouttière lombaire, s'insinue dans l'épaisseur du psoas iliaque et remplit toute la fosse iliaque. Il est probable que cet abcès se continue dans la cuisse et contourne le corps du fémur, pour venir faire saillie dans la fesse. Il est par conséquent descendant dans une première partie de son trajet et ascendant dans la seconde. Mais ce dernier abcès ayant été ouvert et gratté, on ne trouve plus aujourd'hui de traces de la communication qui paraît fermée vers le col fémoral. De l'autre côté, du côté droit, part également une poche qui fait collection en arrière du rein qui en constitue la paroi. Cette poche descend également avec le psoas dans la fosse iliaque.

Tuberculose des organes génito-urinaires. — L'une et l'autre trompe forment au niveau du pavillon des tumeurs de la grosseur d'une noisette remplies de matière tuberculeuse. La trompe droite présente un aspect moniliforme et des dilatations ampullaires. Ces dilatations sont formées par de la matière tuberculeuse ainsi que je m'en suis assuré par une incision. De plus, la cavité utérine est distendue et élastique. Une petite incision pratiquée en arrière, a montré qu'elle était pleine de produits tuberculeux. L'ovaire droit ne possède pas de tubercules, et n'adhère pas à la trompe. L'ovaire gauche est confondu avec la trompe et présente dans son parenchyme une masse tuberculeuse que l'on met à découvert par une coupe. La plupart des ganglions pelviens, les ganglions lombaires et ceux placés le long de l'artère utéro-ovarienne sont engorgés et possèdent des petits noyaux tuberculeux. La masse tuberculeuse qui remplit l'utérus paraît s'arrêter au niveau du

col. Telle peut être l'origine de certaines leuchorrhées des jeunes enfants.

Obs. XXI (*Lannelongue*, n° 247)

Mal de Pott Lombar. — *Abcès symptomatiques injectés à la paraffine.*

Pélissier Clémence est âgée de trois ans; entrée à l'hôpital le 3 janvier 1885. Morte le 13 janvier 1885.

Autopsie. — *Altérations osseuses.* — La destruction porte sur le 3^e corps vertèbre lombar qui est en partie détruite et communique latéralement du côté droit avec une vaste poche que je vais décrire. La destruction comprend une partie de ce corps qui présente une ulcération de haut en bas et d'avant en arrière. Il n'y pas de débris osseux, mais une matière caséuse qui venait proéminer dans la gouttière vertébrale gauche, dans le tissu lardacé signalé. Les tronçons vertébraux inférieurs et supérieurs ne sont pas déplacés, mais on peut déterminer une flexion antéro-postérieure. Cette flexion détermine en arrière sous la peau une gibbosité arrondie qui porte sur 3 vertèbres. Celle du milieu est la plus saillante mais ne forme pas un angle bien net. La présence du tissu lardacé, en avant s'oppose à ce que la gibbosité soit plus proéminente.

Description de la poche. — Elle part de la partie latérale, droite de la cavité osseuse, remplit la fosse iliaque, au milieu du psoas et l'iliaque, elle arrive sous l'arcade de Fallope, en dehors des vaisseaux fémoraux, et à ce niveau elle passe en arrière de ces vaisseaux, puis sous l'arcade et vient apparaître en dedans, de la cuisse au milieu des muscles adducteurs.

Elle descend aussi jusqu'au quart de la cuisse.

Une partie des adducteurs est déjà envahie par la paroi. Il en est de même du droit interne.

On trouve en dehors et en arrière de la cuisse une seconde poche placée sous le muscle fascia-lata.

Nous n'avons pas trouvé le lien de communication.

La poche est plus considérable que le poing.

Elle remonte en arrière sous le muscle grand fessier, et en avant s'insinue sous le couturier pour arriver au voisinage de la poche précédente.

Il ne nous a pas été possible de trouver l'orifice de communication entre ces deux poches ce qui conduit à deux hypothèses.

1^o L'ouverture s'est fermée; 2^o ou une seconde poche s'est formée à côté de la première.

Ganglions lymphatiques. — Les ganglions inguinaux et les cruraux sont augmentés de volume et l'un d'eux présente un foyer caséeux.

OBS. XVII — (*Personnelle*) — (Inédite)

Mal de Pott lombo-sacré

Fille Jennet Jeanne-Emilie, âgée de 6 ans, entrée le 20 mai 1884 salle Giraldès, n^o 21.

Père suspect de tuberculose.

L'enfant a marché à onze mois et a continué à marcher plus ou moins bien. L'enfant a cessé de grandir depuis, il y a 4 ans. Elle a eu la rougeole à trois ans, depuis cette maladie, elle s'est toujours plaint de maux de reins, surtout lorsqu'elle marchait ou lorsqu'on lui touchait le dos.

Etat actuel. — Décembre 1886. Lorsqu'on fait marcher la malade on observe :

Attitude: tout le corps est penché en avant et déjeté à droite,

de façon que tout le côté droit forme une grande convexité à concavité tournée du côté gauche. En arrière, on voit que l'abdomen et la hanche gauche sont déjetés à gauche. La marche est difficile d'abord, et ensuite impossible, sans appui dès que l'enfant a fait quelques pas.

Gibbosité: occupe les cinq vertèbres lombaires ainsi qu'une vertèbre dorsale. La gibbosité est saillante, son sommet est formé par la troisième vertèbre lombaire. De chaque côté de la gibbosité on voit et on sent deux masses dures formées par les muscles sacro-lombaires fortement contracturés.

Sensibilité plus grande au niveau de la gibbosité que partout ailleurs sur la colonne vertébrale.

Pas de douleur manifeste à la pression exercée sur la gibbosité. La partie inférieure du thorax est fortement augmentée de volume et déjetée en dehors. Le ventre est plutôt rétracté. On sent le muscle psoas très contracturé du côté gauche, on ne sent pas d'abcès dans le ventre.

Membre inférieur droit. — Une atrophie musculaire qui est manifestement plus prononcée que du côté gauche. Les muscles sont flasques.

Sensibilité normale.

Reflexes tendineux moins prononcés qu'à l'état normal.

Pas d'épilepsie spinale.

Ganglions petits et multiples dans l'aîne.

Les muscles sont insensibles à un courant électrique faible, ils ne réagissent que sous un courant de moyenne intensité.

Tous les mouvements actifs et passifs du membre sont possibles. La rainure fessière n'est pas tout à fait médiane.

Membre inférieur droit. — Les muscles sont moins atrophiés que du côté droit et avec un peu de contracture des muscles en général et du psoas en particulier.

Sensibilité normale.

Reflexes tendineux normaux, (plus manifeste que du côté opposé). Une réaction plus sensible pour le même courant que du côté gauche.

Pas d'épilepsie spinale.

Ganglions moins nombreux dans l'aîne.

Température prise en moyenne pendant dix jours.

Aisselle : 37.2 ; au niveau de la gibbosité : 35.6 ; au niveau de la colonne vertébrale saine entre les deux angles inférieurs de l'omoplate : 36.4 ; à la plante du pied droit : 30,5 ; à la même place sur le pied gauche : 29.9.



II^e PARTIE

ACCOUCHEMENT

DESCRIPTION. — Le bassin cyphotique est un bassin vicié à gibbosité postérieure siégeant ordinairement au-dessus du sacrum, mais pouvant siéger également dans la région dorsale et dans la région lombaire. Il est accompagné d'une lordose antérieure médiane relative du sacrum. Cette affection débutant généralement dans l'enfance, produit pendant la période de développement des changements variables dans la direction des os du bassin, des diamètres des plans du bassin, dans la position des organes qui y sont contenus. On comprend aisément que ces variations physiques de l'organisme, doivent entraîner inévitablement des modifications de toutes sortes dans l'état fonctionnel de ces organes ainsi modifiés, même en dehors de l'état de gestation et de l'accouchement. A cet

égard nous citerons le cas de Veil (1) qui se rapporte à une jeune fille cyphotique âgée de 15 ans et atteinte de prolapsus complet utérin. Les cyphotiques ont une attitude et une démarche spéciales, non pas aussi prononcées que nous les avons décrites chez les enfants atteints de Mal de Pott lombo-sacré dans la première partie de notre travail, mais cela n'empêche pas qu'au premier coup d'œil on puisse reconnaître les traces et les restes de cette attitude du corps avec la tendance de se pencher en avant et cette démarche dandinante que nous avons décrite chez les enfants. Nous avons eu la bonne fortune de posséder une description inédite d'un bassin cyphotique dû à un Mal de Pott pur, sans autre complication, comme l'indique l'état des os du bassin, et que nous allons représenter par deux dessins.

De même nous avons eu l'occasion d'assister à trois accouchements de femmes cyphotiques type, dont nous avons pris les observations XXIII, XXIX, XXV.

Nous avons trouvé en outre une quatrième observation due à MM. Vermeuil et Gaucher, recueillie dans le service de M. Polaillon en 1878, où il s'agit d'une femme qui, pendant sa neuvième grossesse, étant à terme, fut prise des symptômes suivants : fièvre 39 degrés douleur dans la hanche gauche et dans les reins, dans le genou et le pied ; cuisse fléchie sur le bassin, extension douloureuse, membre dans l'abduction. Marche impossible. Absès par congestion dans la fesse gauche. Ponction, injection d'eau phéniquée. Vu l'état grave de la femme accouchement

(1) Berl. Klin. Woche 1876 n° 38.

provoqué : ponction de la poche, incision du col, forceps. L'autopsie montra : sacro-coxalgie gauche, mal de Pott lombaire qui furent du reste diagnostiqués pendant la vie de la femme.

Abcès symptomatiques, dont un venait de l'articulation sacro vertébrale, et un autre prenait origine à la lésion de la 4^e et 5^e vertèbre lombaire ; ce dernier abcès remplissait la fesse iliaque interne droite. Le mal de Pott lombo-sacré est rare chez les adultes et les observations de femmes enceintes avec cyphose lombo-sacrée sont également très rares, car d'après la statistique que nous avons pu recueillir à l'hôpital Lariboissière dans le service de M. Pinard nous avons trouvé que depuis l'année 1882 — 1887, sur 8000 accouchements services interne et externe, il y a eu 4 cas de cyphose lombaire seulement.

Aussi, enrichie de cette description inédite, page 117 et de ces cinq observations que nous venons d'énumérer, nous avons cru devoir les publier, en y joignant une description très succincte de l'anatomie pathologique et du traitement de cette affection.

DESCRIPTION. — C'est Rokitansky qui le premier donna en 1850 une description à part plus ou moins complète du bassin cyphotique. On avait méconnu jusqu'à lui la nature de la lésion du bassin cyphotique, ainsi que la valeur de la déformation que le Mal de Pott lombo-sacré peut produire sur les os du bassin. Les auteurs qui ont fait quelques études sur le bassin cyphotique sont :

1850 Rokitansky.

1865 Kreisky.

« cas de Moor de Zurich.

« « Jenny à Lucerne.

1868 Schneider.

1869 Chantreuil.

1869 Hugenberger.

« Bailly.

1870 à la clinique de Paris.

1874 des cas ont été publiés dans les archives de 'tologie.

Mais c'est à Chantreuil que nous devons une description plus détaillée et plus complète du bassin cyphotique. La cyphose, dit cet auteur, produira des effets différents suivant qu'elle exercera son action sur un bassin complètement indemne de toute déformation, ou sur un bassin préalablement vicié par une cause quelconque. Dans le 1^{er} cas, le caractère du bassin cyphotique se révélera dans toute sa pureté, les changements porteront sur toutes les dimensions et dans toutes les directions. Tandis que toute déviation antérieure du bassin donnera au bassin cyphotique une physionomie spéciale, tout à fait anormale; il y aura alors dans ce cas certaines compensations, et la forme pure du bassin cyphotique disparaît, comme cela arrive dans le cas de bassin rachitique où la cyphose l'emporte sur la scoliose.

Pour qu'un bassin cyphotique se révèle dans toute sa pureté il faut : 1° que la gibbosité à concavité postérieure résultant le plus souvent d'un Mal de Pott, se soit produite pendant l'enfance.

2° Que le bassin ne soit pas vicié par une autre cause, et il résulte de ces déformations :

1° Agrandissement du grand bassin et du détroit supérieur :

2° Rétrécissement du détroit inférieur, surtout dans la direction transversale.

Nous avons trouvé deux descriptions du bassin cyphotique au point de vue anatomo-pathologique, dont une appartient à Chantreuil, et qui est faite avec les moindres détails, puis une seconde description de Rokitansky qui est faite plus en général et, par conséquent, moins absolue. Aussi la préférons-nous à la première, pour la reproduire *in extenso*, et elle nous servira de point de comparaison avec notre description inédite du bassin cyphotique pur (obs. 1 page 121).

Rokitansky n'a eu, dans sa description, que le tort de ne pas insister sur ce qui concerne le diamètre transversal du détroit inférieur, diamètre qui joue le rôle principal au point de vue de l'accouchement, dont nous nous occupons plus spécialement.

Rokitansky (1) dit : « Le bassin des cyphotiques est, en général, très spacieux et sa hauteur considérable ; au premier coup d'œil, on aperçoit que le diamètre droit du détroit supérieur est plus grand qu'à l'état normal ; l'inclinaison du bassin est variable avec la position de la gibbosité ; elle augmente si celle-ci est située dans la région dorsale, même à la partie inférieure de cette région ; cet état du bassin dépend en grande partie de l'étroitesse de

(1) Rokitauský Lehrbuch der path. anat. 1850, p. 171.

la cavité abdominale, de sa forte inclinaison en avant et surtout de la lordose compensatrice. L'angle de la gibbosité se compose de deux côtés : l'un supérieur, l'autre inférieur, suivant que l'action compensatrice s'exerce sur l'un ou l'autre tronçon de la colonne vertébrale, l'inclinaison du bassin se fait dans un sens ou dans un autre. Si, par exemple, cet angle est situé dans la région lombaire, son côté inférieur, qui se compose du reste de cette région, sera trop petit pour subir une lordose compensatrice ainsi que tout le bassin, et une diminution d'inclinaison très importante qui rapproche la position de cet os de la verticale.

Quant à la description du détroit inférieur, c'est Neugenbauer qui le premier a signalé son existence ; il n'eut que le tort d'attribuer le rétrécissement transverse du détroit inférieur à l'atrophie du sacrum car c'est Breisky (1) qui attribue ce rétrécissement à sa véritable cause, c'est-à-dire surtout au poids du corps et aux conditions nouvelles d'équilibre de la colonne vertébrale.

Nous devons cette description inédite de ce bassin à l'obligeance de M. Loviot, chef de clinique.

(1) Breisky-Medezin. Jahrbücher Zeitschuf. I Heft Wien, 1865.

*Bassin cyphotique, asymétrique par cyphose lombo-sacrée,
avec atrophie de la moitié latérale gauche du sacrum*

Ce bassin présente d'abord les caractères classiques qu'imprime la syphose lombo-sacrée. Il est en entonnoir à sommet inférieur ; ses diamètres transverses vont en diminuant du détroit supérieur au détroit inférieur ; d'autre part, par le fait de la rétropulsion, de l'élévation et de l'effacement du promontoire, le diamètre promonto-pubien est notablement agrandi, c'est un entonnoir type cyphotique.

Les os iliaques ont subi un mouvement de rotation, qui a augmenté la distance des épines iliaques et diminué celle des ischions.

Le fond des cavités cotyloïdes proemine plus que normalement dans l'excavation.

Les diamètres obliques du petit bassin sont inégaux : les gauches par le fait de la projection antero-latérale de l'os iliaque correspondant, sont plus petits que les droits. En outre, le sacrum atrophie, dans sa moitié latérale gauche déviée en arrière et en haut a entraîné dans cette double direction, l'os iliaque correspondant d'où asymétrie.

Tels sont les caractères généraux de ce bassin.

Les deux dernières vertèbres lombaires, ainsi que la face antérieure du sacrum, présentent les altérations de la carie. Les corps et les arcs des deux premiers vertèbres

paraissent avoir été également envahis par la lésion osseuse.

Le promontoire est remplacé par une surface plane, rugueuse et inclinée en arrière. La face antérieure du sacrum, très altérée est presque plane, moins large à gauche qu'à droite.

La convexité de la face postérieure du sacrum a complètement disparu. Les ailes iliaques sont aplaties et déjetées en dehors. Les fosses iliaques internes sont peu profondes, celle de gauche a presque entièrement disparu et elle est remplacée par une surface presque plane ; les fosses iliaques externes sont très peu escavées à leurs parties postérieures. Les crêtes iliaques minces, peu contourées, aboutissent en arrière aux épines iliaques postérieures et supérieures, forment un relief peu accusé. La ligne innommée est moins courbe qu'à l'état normal, surtout du côté gauche. Les épines sciatiques, saillantes en dedans sont notablement rapprochées, l'épine sciatique gauche est plus élevée que celle du côté droit et lui est supérieure et postérieure. Il en résulte une inégalité très marquée des échancrures sciatiques, celle du côté gauche dont les dimensions sont très réduites, se trouve rapportée en haut et en arrière.

Il n'y a pas de synostoses de la symphise sacro-iliaque. Le sacrum est légèrement tordu sur son axe vertical ; de telle sorte que sa moitié gauche est légèrement inclinée en arrière, et a entraîné l'os iliaque correspondant dans cette direction. En outre l'aileron gauche est plus haut que l'aileron droit, de telle sorte que l'os iliaque gauche entraîné en arrière, est de plus entraîné en haut.

Les faces postérieures du corps des os du pubis tendent à se rapprocher, il en résulte que ces os forment une sorte de bec en avant. Le corps du pubis gauche est légèrement porté en arrière.

Les branches ischio-pubiennes sont très rapprochées, grêles, sinueuses et contournées en S, la branche gauche est sur un plan postérieur et supérieur au plan de la branche droite.

Les ischions sont grêles, contournés en dedans ; le gauche est également sur un plan postérieur et supérieur au plan du droit.

Mesures du bassin.

Mesures 0/0.

Distance de l'apophyse de la vertèbre sacrée-supérieure, au bord supérieur de la symphyse pubienne, mesure 16,8 au lieu de 15,1 (1).

Distance de la pointe du sacrum (partie postérieure) au bord inférieur de la symphyse pubienne (partie antérieure) mesure.....	13 1/2	—	11,5
--	--------	---	------

Hauteur antérieure du sacrum (du promontoire à la pointe de cet os).....	7,8	—	9,6
--	-----	---	-----

Hauteur postérieure du sacrum.....	6,8	—	8,6
------------------------------------	-----	---	-----

Hauteur de la symphyse pubienne.....	3,3	—	3,6
--------------------------------------	-----	---	-----

(1) Les mesures des diamètres normaux sont déjà dans la thèse Chanteuil, 1869, p. 33.



Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.....	14,2	—	100,5
Diamètre sacro sous-publien du détroit supérieur.	15,4	—	11,6
Diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.....	10	—	10,4
Diamètre transverse maxi- mum du détroit supérieur....	11 1/2	—	119,5
Diamètre transverse mini- mum dans le détroit inférieur.	6,3	—	105,5
Diamètre des épines sciati- ques	7,2	—	10,1
Diamètre oblique droit du dé- troit supérieur	12	—	117
Diamètre oblique gauche du détroit supérieur.....	11,2	—	117
Distance des épines iliaques antéro-supérieures	23	—	208
Distance des crêtes iliaques.	26 1/2	—	248

Sacrum. — Volume très diminué.

Largeur prise au niveau du détroit supérieur mesu- re.....	8,9	au lieu de 12 (1).
Largeur prise au niveau du second trou sacré.....	7,5	— 9,2
Hauteur du sacrum.....	7,8	— 9,9
Epaisseur de la base du sa- crum (sacro-sacré).....	4	— 6

(1) Mesures prises sur un bassin de fémur normal.

Epaisseur de la base du sacrum (lombo-sacré).....	4 1/2	—	6 1/2
---	-------	---	-------

Les trous sacrés sont petits, séparés par des distances inégales, ils sont plus petits à gauche qu'à droite. La face antérieure du sacrum presque plane est asymétrique la moitié gauche est atrophiée et repoussée en arrière; elle mesure un centimètre de moins que la moitié droite dans son diamètre transversal.

Le promontoire est rétro pulsé effacé et remonté, au lieu d'une saillie, il offre une dépression rugueuse.

L'asymétrie de la face postérieure du sacrum est moins prononcée qu'à la face antérieure, elle se manifeste par quelques millimètres seulement.

<i>Pubis.</i> Hauteur de la symphyse	3,3	au lieu de 4,2
Largeur de l'arcade de pubis au-dessous du ligament triangulaire.....	1,4	— 2,8
Base du triangle ischio-pubien.....	4,2	— 8,6

<i>Ischions.</i> Diamètre bi ischiatique.....	7
Diamètre bord interne des tubérosités.....	5,6

Il en résulte de cette description que notre bassin est cyphotique lombo-sacré, asymétrique (que la moitié droite de l'excavation est plus grande que la moitié gauche).

et que l'asymétrie résulte non d'une altération ou d'une déviation surajoutée de la colonne vertébrale (scoliose) des membres inférieurs (luxation, atrophie, etc.) d'une synostose sacro-iliaque (bassin de Guichard) mais à l'asymétrie unie à la lésion principale, le mal de Pott lombo-sacré qui est seul en cause ayant porté ses effets d'une façon plus accusée à gauche qu'à droite en ce qui concerne le sacrum. La déviation en arrière et en haut, l'atrophie de l'os iliaque du côté gauche sont régies par la déviation en haut et en arrière, et par l'atrophie de la moitié gauche du sacrum correspondant.

Ce bassin permet donc d'établir, que le mal de Pott lombo-sacré, mais surtout sacré, peut indépendamment de toute complication donner naissance à une déformation asymétrique du bassin.

Chantreuil dit que les bassins cyphotiques sont symétriques. La description de notre bassin, et l'observation de la pièce n° 306 du musée Lannelongue à l'hôpital Trousseau, notre observation XXVIII, prouvent que les bassins cyphotiques dus au mal de Pott pur, peuvent être asymétriques.

Dès que la lésion tuberculeuse sera inégalement partagée, plus d'un côté que d'un autre, il s'en suivra inévitablement, que le bassin sera entraîné plus dans une direction, que dans une autre, d'où asymétrie.

C'est le diamètre transverse du détroit inférieur qui nous occupe plus spécialement, parce que c'est le diamètre qui subit les déviations et les changements de direction si défavorables dans l'accouchement des cyphotiques. Pour avoir une notion plus ou moins exacte de la position des

ischions et la mesure de leur diamètre chez les cyphotiques, il convient de s'en rapporter à la description de Beudelocque.

« On peut, dit-il, juger à peu de chose près, de l'étendue du diamètre du détroit inférieur, en palpant extérieurement jusqu'à ce que l'on sente nettement les tubérosités ischiatiques, la pointe du coccyx et le bord inférieur de la symphyse » M. Bailly s'exprime ainsi « L'exploration du détroit inférieur me donne l'idée du rétrécissement notable de cet orifice. En effet, on en circonscrit le contour avec une facilité qui n'est point ordinaire. Les branches ischiopubiennes, normalement obliques et divergentes, semblent être ici presque parallèles ; une faible distance les sépare à leur partie moyenne et deux doigts rangés côte à côte trouveront à peine à se loger en ce point dans l'arcade pubienne. »

Voici comment Chantreuil recommande de s'y prendre pour évaluer la mesure de ce diamètre au moyen du compas de Bandeloque « à l'aide des indicateurs, l'accoucheur cherche à préciser la position du bord interne des tubérosités ischiatiques, la malade étant couchée sur le dos, les jambes écartées, le siège un peu élevé. Ces deux points trouvés, l'extrémité de l'angle est maintenu immobile et au moyen du compas de Baudelocque, un aide mesure l'intervalle des deux doigts. » Il est encore plus commode peut-être, dit le même auteur, de faire mettre la femme sur les genoux, le tronc incliné en avant de manière à faire saillir les ischions.

Il existe encore, dit Chantreuil, un moyen bien simple d'évaluer approximativement le diamètre transverse du

détroit périnéal, ou tout au moins d'avoir une idée assez nette du rapprochement des ischions ; ce moyen c'est le toucher vaginal, pratiqué d'une certaine façon. On pourra en effet, en plaçant deux, trois doigts ou davantage, l'un après l'autre, dans l'intérieur du vagin, chercher soit au niveau des tubérosités ischiatiques, soit entre les branches pubiennes à une distance *déterminée* du sommet de l'arc ; si ces deux, trois ou quatre doigts peuvent pénétrer jusqu'à la première ou deuxième phalange, il sera possible de cette façon d'avoir une idée du rétrécissement transversal et même d'en obtenir une mesure approximative, surtout s'il est assez prononcé. »

Ce procédé peut être très douloureux pour la femme quand le vagin est le siège d'une vive sensibilité. On emploie le chloroforme dans ce cas comme nous avons vu M. le docteur Pinard le faire dans notre observation XXIII.

Quelquefois on peut se contenter simplement de la mesure bi-ischiatique prise à l'extérieur. C'est de cette façon qu'au lieu de 0 m. 10 et 0 m. 12 (Bailly diamètre bi-ischiatique » (Hirigoyen) U. Bailly a trouvé :

Bailly.....	0,075
Schweidler.....	0,072
Moor	0,046
Jenny	0,09
Dans notre obs. XXIII.	0,07
— — XXIV.	0,09
— — XXV..	0,07

Ce diamètre rétréci dans la cyphose pure, peut ne pas

(1) Thèse Paris 1880.

l'être si une cause telle que le rachitisme etc., vient compliquer la cyphose.

Par le toucher on peut apprendre encore qu'il est impossible d'atteindre le promontoire (obs. XXIII, XXIV, XXV), même avec le médium (Chantreuil). Dans le diamètre antero-postérieur du détroit inférieur on peut facilement atteindre le coccyx et la face antérieure du sacrum jusqu'au niveau de la troisième pièce du sacrum environ, celui-ci est quelquefois sensible au toucher par le vagin.

Le diagnostic différentiel de la cyphose par mal de Pott lombo-sacré peut se faire surtout avec le rachitisme, l'ostéomalacie, le spondylolisthési et le spondylizème, etc.

Rachitism.—L'altération du bassin rachitique consiste dans la déformation des os et l'arrêt du développement (Tarnier) dans le bassin rachitique, le diamètre antero-postérieur du détroit supérieur est diminué d'étendue, de même que les diamètres obliques. Les diamètres du détroit inférieur sont normaux et dans certains cas le diamètre transversal est plus grand.

L'angle formé par l'arcade pubienne est élargi.

Dans le bassin cyphotique, les lésions sont tout-à-fait autres; ici le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est agrandi et les diamètres du détroit inférieur sont rétrécis surtout le diamètre biischiatique. L'angle formé par l'arcade pubienne est rétréci (Obs. XXIII, XXIV, XXV).

Si, à ces renseignements de diamètres, nous ajoutions les renseignements sur les antécédents de la malade, nous serions en état de pouvoir déterminer la nature de la maladie. Mais dans le cas où la cyphose viendrait à compliquer

le rachitisme, les lésions se compliqueront et se compenseront mutuellement en partie, de sorte que nous ne trouverons ni les diamètres appartenant à la cyphose pure, ni ceux qui appartiennent au rachitisme. C'est le cas le plus difficile à discerner de la cyphose pure.

Les renseignements du malade et les traces de rachitisme sur le système osseux en général, pourraient donner le droit d'affirmer l'existence d'une seule ou la coexistence de ces deux maladies.

OSTEOMALACIE. — Celle-ci existe ordinairement après la puberté, et elle est souvent le résultat d'une grossesse antérieure. L'altération ne porte pas seulement sur les os du bassin, mais, le plus souvent tout le squelette est envahi par cette affection.

La consistance des os est molle. Dans ce cas la déformation intéresse tous les os du bassin, d'une manière irrégulière.

Dans le spondylizème, le promontoire n'existe plus, il est remplacé par un angle rentrant.

La cyphose sacro vertébrale spondylizème avec pelvis obtect se distingue anatomiquement de la flexion angulaire de la colonne vertébrale sur le bassin, tandis que c'est une courbure en arc que forme la cyphose ordinaire, dans la première le bassin n'a pas subi de modifications sensibles dans sa forme et ses dimensions, tandis que dans le bassin cyphotique ordinaire le bassin est plus long, le sacrum est un peu redressé, l'angle sacro-vertébral moins saillant, la forme du détroit supérieur plus allongée d'avant en arrière, le détroit inférieur moins

large transversalement et que, quant à l'inclination du détroit supérieur elle devient plus ou moins horizontale dans la cyphose angulaire, tandis que dans la cyphose arquée elle s'éloigne au contraire de la ligne horizontale et devient plus inclinée.

Dans le spondylolisthesis il y a exagération de l'angle sacro-vertébral, car il est remplacé par une énorme saillie formée par les corps des dernières vertèbres lombaires il y a pelvis oblecta.

Les observations que nous possédons, au nombre de *quatre et cinq* accouchements nous donnent :

1° Sur cinq accouchements il y en a trois qui se sont faits à terme environ malgré le rétrécissement du diamètre biischiatique qui est de 0,07 centimètres dans l'obs. XXV et de 0,09 centimètres dans l'obs. XXIV.

Accouchements provoqués. — Sur cinq accouchements quatre fois près du terme obs. XXIV, XXVI et deux fois dans l'obs. XXV.

Une fois à 7 mois $1/2$, obs. XXIII.

Intervention pendant l'accouchement. — Sur cinq accouchements forceps une fois obs. XXIV.

Quatre fois l'accouchement s'est fait spontanément.

Position du fœtus. — Sur cinq accouchements deux fois O I D P.

Une fois O I G T.

Deux fois O I G A.

Délivrance. — Sur cinq accouchements toujours naturelle.

Complication pendant la grossesse. — Albuminurie et éclampsie (obs. XXIV.)

Poussée aiguë de Mal Pott (incertain) obs. XXVI.

Remarques diverses tirées de nos observations :

1° Des atrophies partielles dans un membre seulement avec fourmillements, engourdissements et des douleurs pseudo-névralgiques ressenties surtout après la fatigue (obs. XXIV, XXV).

2° Au toucher vaginal pratiqué, chez les femmes cyphotiques, on sent la muqueuse vaginale molle et le sphincter vulvaire relâché. Il en résulte qu'on peut introduire deux doigts placés transversalement l'un à côté de l'autre dans le vagin sans la moindre résistance, d'où nous avons conclu que toutes choses égales d'ailleurs l'orifice vulvaire est plus agrandi chez les femmes cyphotiques que chez les autres femmes en général.

D'après le toucher pratiqué à plusieurs époques chez deux femmes cyphotiques nous avons constaté que la muqueuse vaginale est très sensible avant l'accouchement et 3-4 semaines après l'accouchement, la sensibilité s'émousse et devient normale après.

Au dire des malades à chaque congestion au moment des règles les parties génitales sont plus sensibles.

Par ce fait les femmes cyphotiques sont plus exposées aux prolapsus du vagin ou de l'utérus, même en dehors de la grossesse (cas de Veit page 116) soit après l'accouche-

ment (obs. XXIV). Il y aurait donc intérêt à observer tout particulièrement le traitement post puerpéral des cyphotiques pour prévenir ainsi les affections consécutives à l'accouchement, étant donné que celles-ci y sont plus prédisposées que les autres femmes.

Nous avons trouvé chez la femme de notre obs, XXIV une rectocèle et une cystocèle douloureuses survenues à la suite de ses couches.

La malade s'est levée le quatrième jour après son accouchement.

3° Par le toucher rectal pratiqué chez les femmes cyphotiques et surtout pendant leur grossesse, on peut apprécier certains faits d'une manière plus précise, que par le toucher vaginal.

Nous avons pratiqué plusieurs fois les touchers rectal et vaginal, chez les femmes (Obs. XXIV et XXV).

Voilà ce que nous avons constaté chez une de ces femmes (Obs. XXIV). Toucher vaginal : muqueuse vaginale sensible pendant 4 semaines, après l'accouchement, normale, après, l'ischion gauche situé plus haut et plus en arrière que l'ischion droit. Un rapprochement anormal des ischions entre eux, des épines sciatiques avec le coccyx l'angle de l'arcade pubienne est moins grand qu'à l'état normal. Certains points du sacrum étaient sensibles à la pression.

4° Par le toucher rectal la face antérieure du sacrum le coccyx, les épines sciatiques peuvent être incontestablement mieux appréciées quant à leur siège et rapport respectif, de même que l'état normal ou pathologique de ces organes, aussi les points du sacrum qui ne paraissent être que sensibles à la pression par le vagin, ces mêmes en-

droits sont très douloureux à la même pression par le rectum.

On voit combien le toucher rectal est utile, chez une femme enceinte ou prête à accoucher pour se rendre compte de l'état du sacrum qu'on peut atteindre chez ces femmes, un peut plus haut que par le toucher vaginal.

TRAITEMENT. — D'après nos observations on voit que dans les cas de bassins cyphotiques où le diamètre biischiatique est de 0,07 cent. ou au dessus, l'accouchement prématuré, et l'accouchement provoqué presque à terme, 8 mois et demi par exemple sont indiqués. Dans le cas de rétrécissement de 0,07 cent. il faut provoquer l'accouchement à 7 mois ou 7 mois et demi, mais, lorsque pour une raison quelconque, la grossesse arrivait à terme, et avec le même degré de 7 cent. du diamètre transverse du détroit inférieur, il faut dans ce cas provoquer l'accouchement à neuf mois, et sans craindre des accidents, car nous voyons dans l'Obs. XXV, deux accouchements provoqués près du terme de grossesse, ils se sont faits spontanément sans aucun accident ni pour la mère ni pour l'enfant malgré le rétrécissement de 7 cent. du diamètre biischiatique (mesuré par M. Depaul).

De même que dans l'observation XXIV avec un rétrécissement de 0,09 cent. l'accouchement s'est fait spontanément.

A quoi attribuer la possibilité d'un accouchement à terme d'un enfant bien conformé pour son âge 8 mois 1/2, poids 2.716 gram. Obs. XXV, longueur du corps, 45 cent. et avec un rétrécissement de 7 cent. du diamètre biischiatique dans un bassin cyphotique.

Moor croyait que cette possibilité était due à une mobilité des symphyises, qu'il considèrerait comme la règle dans les bassins cyphotiques. Cette mobilité des symphyises n'a pas été trouvée pourtant dans les bassins de Bailly de Schneidler et de Hugenberg (Chantreuil, l. c. p. 118).

Le contour du détroit inférieur par suite de l'asymétrie est irrégulier et c'est cette irrégularité qui permet à la tête fœtale de s'y mouler et de passer malgré un rétrécissement des diamètres (voir fig. I et II page).

Nous sommes disposée à penser que cette possibilité d'accoucher spontanément, d'un enfant bien conformé de 8 mois $1/2$, poids 2716 gram. avec un bassin cyphotique, avec un diamètre biischiatique de 7 centimètres et au-dessus serait due en partie à l'asymétrie même du bassin. En effet, nous avons simulé dans notre bassin (fig. I, II), le passage de la tête d'un fœtus et nous avons pu constater que lorsque la tête pressée devait s'engager, les pressions latérales ne se faisaient pas en même temps par les deux ischions, tandis qu'un des ischions pressait d'un côté de la tête, l'autre ischion ne touchait pas la tête fœtale et par conséquent la pression latérale simultanée se faisait par un ischion et le ligament qui se trouvait en face de lui qui par sa disposition oblique peut permettre à la tête fœtale un certain degré de glissement et par cela même un agrandissement du diamètre.

Si avec une asymétrie d'un bassin cyphotique il coïncide une tête fœtale dolicho-céphalique et avec des sutures larges qui permettraient un grand chevauchement des os du crâne comme dans l'Obs. XXV. L'accouchement dans

ce cas pourrait se faire même presque à terme et avec un rétrécissement biischiatique de 7 cent.

Nous exposons à titre d'hypothèse, que l'asymétrie qui peut exister quelques fois dans le bassin cyphotique par le mal de Pott lombo-sacré, peut être un fait favorable dans l'accouchement dans certains cas, et que en pareilles circonstances les diamètres biischiatique et cocci sous pubien ne sont pas les diamètres qui sont utilisés pendant l'accouchement et que les diamètres transversaux utiles vrais sont pris entre des parties non homologues.

Les touchers vaginal et rectal l'exploration externe des ischions et le fait que la malade est obligée de s'appuyer et s'affaïsser selon son expression davantage sur la fesse gauche lorsqu'elle est assise, toutes ces constatations, nous ont permis de croire à une asymétrie du bassin de l'Obs. XXIV.

PRONOSTIC. — M. Chantreuil dit : que chez les femmes atteintes de déformation cyphotique, la grossesse est menacée de ne pas atteindre son terme naturel, et que le pronostic est généralement grave. Nous résumerons les résultats de nos observations en disant : Les femmes atteintes de cyphose due à un mal de Pott lombo-sacré et avec un rétrécissement du diamètre biischiatique qui n'est pas au-dessous de 7 centimètres, ne sont pas menacées de ne pas atteindre le terme normal de la grossesse, quant au retrécissement, il n'est pas plus grave que dans les autres retrécissements du bassin, si ce n'est lorsqu'une intervention est nécessaire.

Le pronostic dans ces mêmes conditions de rétrécissement n'est pas généralement grave.

D'après M. Pinard (leçons cliniques) ce n'est pas la viciation du bassin cyphotique qui peut entraver la marche de la grossesse, mais bien la courbure anormale de la colonne vertébrale, en rendant la cavité abdominale trop petite et en produisant des phénomènes de compression par suite du développement de l'utérus qui repousse le diaphragme et détermine des troubles de la circulation et de la respiration.

OBS. XXIII (*Personnelle inédite*)

Bassin cyphotique (Mal de Pott pur).— Cyphose dorso-lombaire, accouchement, provoqué à 7 mois 1/2 de sa grossesse par l'excitateur Tarnier.

Marie Manry, domestique, 142, boulevard de la Villette, Paris, 16 ans, entrée le 11 février 1887 à la clinique d'accouchement pour une grossesse de 7 mois 1/2.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade a marché à l'âge de 11 mois. Pas de traces de rachitisme. A l'âge de 3 ans elle fit une chute, à la suite de laquelle la malade resta au lit jusqu'à l'âge de six ans, la gibbosité actuelle apparut pendant son séjour au lit, mais elle n'en a jamais souffert. La gibbosité angulaire formée par le 12^e dorsale et les cinq vertèbres lombaires à son sommet au niveau de la troisième lombaire. Le sacrum, ayant perdu sa concavité postérieure, paraît rentré dans l'excavation.

Réglée à l'âge de 12 ans 1/2 toujours bien réglée depuis lors.

Enceinte pour la première fois de 7 mois 1/2, grossesse bonne.

Mesures du bassin. Chloroforme fut donné pour mesurer le diamètre biischiatique.

Ligne biliague autéro-supérieure 22 cent. 1/2.

« biischiatique (pelvimètre Depaul) 7 »

au toucher :

Diamètre cocci sous-pubien 8 »

» biischiatique (chloroforme) 7 »

(Ces mesures sont prises par M. Dr Pinard).

M. Pinard introduit l'excitateur Tarnier 11 avril 1887 à 10 heures du matin. Rupture spontanée de membranes. Accouchée 60 heures après l'application de l'excitateur Tarnier.

Présentation O I G A.

Délivrance naturelle.

Enfant : sexe masculin. Etat physique bon, poids 1870 grammes longueur totale 43 centimètres.

Diamètres : Occipito frontal 10 1/2

» » mentonnier 12 1/2

Bi-pariétal 8 1/2

Bi-temporal 6 1/2

Sous Occipito-bregmatique 8 1/2

Placenta : poids, 420. Membranes intactes.

L'enfant est mort 24 heures après.

OBS. XXIV (*Personnelle inédite*)

Bassin cyphotique (mal de Pott pur). — Cyphose dorso-lombaire.

— Eclampsie forceps. — Grossesse à terme. — Enfant vivant.

Mme Hutelier Antonia (159, route Montrouge, Malakoff-Paris), 49 ans, entrée à la clinique d'accouchement le 9 mars 1887, pour accoucher. Grossesse à terme environ. Primipare. La malade a marché à 12 mois, époque à laquelle il apparut une gibbo-

sité dans la région lombaire et qui l'obligea à rester au lit jusqu'à l'âge de 7 ans. La gibbosité angulaire, est formée par les deux derniers vertèbres dorsales et les cinq vertèbres lombaires. Les membres abdominaux un peu maigres, l'atrophie est plus marquée à la jambe et à la cuisse gauches qu'au membre inférieur droit. Le membre gauche a toujours été plus faible, il se fatigue plus facilement que le membre droit; la malade ressent de temps en temps du fourmillement et des engourdissements dans le membre gauche. Pas de reflexe rotulien. Pas d'épilepsie spinale. Pas de troubles de la vessie ni du rectum.

Au toucher, on sent très facilement le coccyx et une partie de la face antérieure du sacrum; l'ischion gauche est plus haut que l'ischion droit. On sent très facilement le rapprochement anormal des deux ischions.

Diamètres	Cocci-sous pubien	9 1/2
—	Bi-ischiatique	9
Ligne bi-iliaque antér. sup.		23

(Mesures prises à la clinique d'accouchement).

Grossesse à terme. Albuminurie pendant la grossesse. Eclampsie. Position OI DP. Application de forceps. Délivrance naturelle. Enfant sexe masculin bien conformé. Poids : 2,630. Longueur totale, 48.

Diamètres	Occip. frontal	10 1/2
—	Occip. montonnier	12 1/2
	Bi-pariétal	9
	Bi-temporal	7
	Sous occipito-bregmatique	7 1/2

Placenta, poids 400 grammes.

La malade sortie de l'hôpital le 27 mars. Elle conserve depuis son accouchement une rectocèle et une cystocèle douloureuses.

Examinée trois mois après l'accouchement, nous avons constaté : La muqueuse vaginale n'est plus aussi sensible, l'ischion gauche est plus haut que l'ischion droit. Les épines sciatiques sont très-rapprochées du coccyx. La face antérieure du sacrum est

douloureuse à la pression par le toucher rectal dans certains points

La malade dit que, lorsqu'elle est assise, elle est obligée d'appuyer davantage sur la fesse gauche et se pencher un peu de ce même côté.

La rainure fessière n'est pas sur la ligne médiane, elle est un peu oblique.

OBS. XXV (*Personnelle inédite*)

Bassin cyphotique (Mal de Pott lombo-sacré). — Accouchement à terme provoqué par le dilatateur Tarnier

Pachot, Eugénie-Victorine, passementière. Elle accoucha pour la première fois en 1882, 14 décembre, à la clinique d'accouchement, dans le service de M. Depaul. L'accouchement à terme fut provoqué par les éponges préparées (on essaya d'abord le tube dilatateur de Tarnier, mais il tomba quelques instants après son introduction).

La femme accoucha, au bout de 27 heures de travail, d'un enfant sexe masculin en position OIGA, poids égal à 2970, longueur totale : 46 centimètres, cordon longueur : 60 centimètres. Une circulaire autour du cou. Délivrance naturelle, l'enfant donné en nourrice est mort au bout de quatre mois.

Cette femme est entrée pour le second accouchement à terme environ à la Clinique d'accouchement le 2 mai 1887.

Antécédents personnels. — Elle a marché à 10 mois, à la suite de coups reçus sur la colonne vertébrale, elle eût des douleurs à l'âge de huit ans dans la région lombo-sacrée, la marche fut difficile. Elle avait l'attitude penchée en avant. Une gibbosité angulaire apparut à ce moment à la région lombaire. Le membre abdominal

droit à toujours été depuis lors plus faible que le membre abdominal gauche, la malade ressent à la suite de fatigue dans le même membre droit des fourmillements et des douleurs pseudo-nevralgiques sciatiques. Ce mal ne l'a pas empêchée de travailler jusqu'à l'âge de 14 ans lorsqu'elle eut la fièvre typhoïde, qui donna un coup de fouet à la lésion vertébrale, et la malade dut rester pendant neuf mois au lit à l'hôpital Trousseau, salle Geneviève, lit n° 11, service de M. Triboulet, elle partit de l'hôpital le 17 mars 1876, à Berk-sur-Mer...

Réglée à 16 ans 1/2. Règles abondantes irrégulières et sans grandes douleurs.

Les deux grossesses ont été bonnes, à part des nausées, des maux de dents et des tendances à la syncope pendant les six premiers mois de la seconde grossesse.

Examen de la malade. Musculature en général très forte. Les muscles fessiers du côté droit sont atrophiés et plus flasques que du côté gauche. On ne peut pas distinguer à la palpation une atrophie des muscles du membre inférieur droit.

Pas de trace de rachitisme, gibbosité angulaire comprenant toutes les vertèbres lombaires. L'os iliaque droit est un petit peu plus déjeté en arrière et plus haut. (La malade dit qu'elle doit garnir sa hanche gauche pour obtenir la symétrie du bassin). Pas de douleurs au niveau de la gibbosité, ni sur le sacrum et l'os iliaque. A cause de la musculature assez forte il est difficile de sentir par la palpation si les ischions sont au même niveau et symétriques. La malade se tient droite et peut marcher beaucoup.

Par le toucher vaginal on apprend les renseignements suivants :

1° La muqueuse vaginale est flasque et sensible.

2° La face antérieure du sacrum est facilement atteinte et douloureuse à la pression.

3° Les ischions sont plus rapprochés qu'à l'état normal.

4° Les épines sciatiques plus proches du coccyx qu'on touche avec grande facilité.

5° On peut circonscrire avec le doigt, très bien, le détroit infé-

rieur, en passant par le pubis, les ischions, épines sciatiques et coccyx qu'on sent les avoir sous la main, et très rapprochés les uns des autres.

6° L'arcade pubienne plus rétrécie qu'à l'état normal on peut mettre deux doigts dans le vagin, l'un à côté de l'autre, beaucoup plus facilement qu'à l'état normal et sans que la malade s'en aperçoive.

Diamètre cocci sous-pubien : 009 centimètres.

Diamètre biischiatique : 0,07 centimètres.

M. Pinard introduit le dilatateur Tarnier le 9 mai à 9 heures du matin. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané au bout de 8 heures 1/2. Présentation du sommet OIGA. Enfant sexe masculin. Etat physique bon dolichocéphalique et les sutures du crâne espacées d'un centimètre, poids : 2716 grammes. Longueur totale du corps : 45 centimètres. Diamètres de la tête du fœtus : Occipito-Frontal : 11 1/2, Occipito-mentonnier : 13, Bipariétal : 9, Bitemporal : 7, sous occipito-mentonnier : 9 1/2. Délivrance naturelle 1/2 heure après l'accouchement. Placenta : poids : 470 grammes. Longueur du cordon 66 centimètres. Membranes intactes. Liquide amniotique : quantité ordinaire.

OBS. XXVI (*extraite des Bul. soc. anatomique*)

Mal de Pott lombaire. — Sacro coxalgie. — Grossesse de 8 mois 1/2-9 mois. — Accouchement forceps. — Incision du col. — Vermeuil et Gaucher. Bul. de la Société anatomique 1878, p. 263.

Nommée Elisabeth, 38 ans, entrée à la Pitié le 28 mai 1878, service de M. Polaillon.

Bien portante, huit enfants. Dans le cours de sa dernière grossesse, il y a un an 1/2, douleurs dans la hanche gauche et dans les

lombes, et une tumeur fluctuante apparut à la fesse gauche, de vives douleurs dans le genou et le pied. Cuisse fléchie sur le bassin, extension douloureuse. Membre inférieur dans l'adduction. Impossible de faire lever la malade, très difficile de la remuer. Fièvre 38° et 39° pas de frisson, pas d'appétit, soif vive. Douleurs très fortes. Diagnostic : grossesse de 8 mois 1/2-9 mois (OIDP.) Sacro coxalgie et Mal de Pott à la partie inférieure du rachis.

3 mai. Ponction de la poche : 800 grammes pus fétide, injection d'eau phéniquée 1/50. Traitement tonique.

5 juin femme moribonde ; accouchement au forceps incisions de col.

Autopsie.— 6 juin. Sacro coxalgie manifeste arthrite vertébrale 4-5 lombaires. Surfaces de l'articulation sacro iliaque complètement disjointes et seulement maintenues en arrière. Ligaments détruits. Cette lésion fut le point de départ de l'abcès. Le disque entre 4-5 lombaire, détruit. Il y eut un second abcès ossifluent au dessous de l'angle sacro vertébral se confondant à gauche avec le premier ; mais à droite il suit un trajet indépendant, et remplit la fosse iliaque interne de ce côté.

OBS. XXVII (N° 306 la pièce existe au musée Lannelongue)

Mal de Pott lombo-sacré. — Coxalgie droite. — Bassin asymétrique, oblique ovalaire.

Garçon âgé de 4 ans, entré le 18 novembre 1884 à l'hôpital Trousseau et mort le 13 mai 1885.

Il a marché à 13 mois. Fluxion de poitrine un mois avant son entrée à l'hôpital.

Etat actuel, 11 novembre.

On attribue le début de la maladie à une chute.

Les mouvements de l'articulation coxofemorale sont libres et sans douleurs. La pression sur le genou et sur le grand trochanter ne cause aucune douleur.

Pas de ganglion dans l'aîne ni dans la fosse iliaque. 17 décembre, tuméfaction au niveau de la crête iliaque. Incision. Le stylet fait sentir l'os dénudé.

1^{er} février. Jaunisse à la suite de l'opération l'enfant s'ennuie et perd l'appétit.

16 février. Escharrhes au sacrum.

13 mai. Mort.

Autopsie.—*Colonne vertébrale.*—Les corps vertébraux de la 4^e et 5^e vertèbres lombaires et la première et la deuxième pièces sacrées sont le siège d'altérations. Les corps vertébraux sont un peu détruits en avant. Les disques intervertébraux sont à peu près complètement disparus. Il existe une poche purulente en avant qui remonte en haut jusqu'à la 3^e lombaire, et descend jusqu'à la partie moyenne du sacrum. De nombreux ganglions lymphatiques sont au devant de la poche ; ils sont accolés aux vaisseaux iliaques et leur adhèrent. Ces vaisseaux eux-mêmes adhèrent à la poche dont j'ai parlé.

L'articulation sacro-iliaque est détruite et pleine de fongosités. Il existe une poche purulente à son niveau qui remplit la fosse iliaque droite. Le direction de la colonne vertébrale est complètement modifiée.

La colonne lombaire est dirigée de haut en bas et de droite à gauche par suite de la destruction d'une partie du sacrum, le bassin est remonté.

Examen de la pièce n° 306 conservée dans l'alcool. Bassin asymétrique. Le sacrum est dévié de gauche à droite, de même que l'os iliaque gauche est entraîné à droite, il s'en suit que tout le côté gauche du bassin est descendu beaucoup plus bas que le côté droit, l'ischion gauche est plus bas que l'ischion droit, l'épine sciatique gauche est plus rapprochée du coccyx que l'épine sciatique droite. L'os du pubis gauche est plus proéminent en

avant et plus large que l'os correspondant du côté droit ; celui-ci est comme ratatiné sur lui-même.

De la disposition de ces os, il en résulte que le bassin est asymétrique, oblique ovalaire, que la moitié gauche de l'air du bassin est manifestement plus grande que la moitié droite.

CONCLUSIONS

1° a) Dans le mal de Pott au-dessous de la moëlle, ou mal de Pott lombo-sacré ; l'altération des os peut aller de la simple érosion jusqu'à la disparition complète de l'os. Cette destruction osseuse peut n'intéresser qu'une seule vertèbre ou toute la région lombo-sacrée.

b) Les *cartilages intervertébraux* peuvent disparaître complètement quelquefois même avant que les vertèbres soient entièrement détruites.

c) Le canal rachidien peut communiquer directement avec le foyer caséo-tuberculeux.

d) La *dure-mère* est presque toujours intéressée.

e) Les *nerfs de la queue de cheval* peuvent être atteints macroscopiquement et microscopiquement de même qu'ils peuvent être restés intacts dans le trajet intra-rachidien macroscopiquement du moins, malgré les phénomènes d'atrophies partielles des muscles des membres inférieurs. Les nerfs de la queue de cheval peuvent être comprimés par différents agents : dure-mère épaissie, esquilles osseuses, matière caséeuse, etc.

f) Les *ganglions cruraux, inguinaux* et ceux de la fosse iliaque qui se trouvent accolés aux vaisseaux iliaques et à la veine cave inférieure sont presque constamment engorgés, caseux ou simplement criblés de petits tubercules ou ulcères.

g) Les *abcès par congestion* sont très fréquents dans le mal de Pott lombo-sacré ; ils sont assez souvent récurrents et descendants en même temps. Ils détruisent les organes qui sont sur leur passage : nerfs, muscles, vaisseaux, périoste.

h) Les *muscles* qui sont en contact soit avec un abcès par con-

gestion soit avec de la matière tuberculeuse, peuvent être détruits complètement ou réduits en un magma caséeux.

i) Les *vaisseaux* peuvent être comprimés soit par des ganglions engorgés, soit par des dépôts caseux, ou par un abcès.

2° a) Les principaux signes du mal de Pott lombo-sacré sont : la *gibbosité*, les *abcès*, et les *atrophies* musculaires partielles des membres inférieurs. Les deux signes ne manquent qu'exceptionnellement tandis que le troisième symptôme existe constamment. Les signes de seconde importance sont : *douleur locale*, *attitude* et *démarche* spéciales, ganglions engorgés dans l'aîne, troubles vaso moteurs et troubles trophiques des membres inférieurs.

b) Ordinairement les membres inférieurs sont atteints successivement l'un après l'autre et partiellement chacun en particulier. Des paraplegies incomplètes peuvent exister presque dès le début de la maladie.

c) Le *toucher rectal* est d'une grande utilité dans l'examen du mal de Pott lombo-sacré.

3° Parmi les causes occasionnelles du mal de Pott lombo-sacré, les *fièvres éruptives* occupent le premier rang.

4° La *coxalgie*, la *sacro-coxalgie* et les *abcès ossifluents* sont les trois sortes d'affections avec lesquelles on confond le plus souvent le mal de Pott lombo-sacré chez l'enfant.

5° La durée de cette affection est dans les cas défavorables de 20 mois environ.

6° Pronostic grave.

7° Les traitements employés aujourd'hui dans le mal de Pott lombo-sacré varient : entre l'immobilité absolue ou en partie, avec ou sans extension, ouverture et grattage des abcès, injection d'éther iodoformé, revulsif ; bien entendu que le traitement général et l'hygiène occupent la première place dans tous les cas.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARRAN (Rouen). — Journal de Médecine, t. xxxvi, 1771.
- BAILLY. — Mal de Pott lombaire soc. anat. 1885, p. 258).
- BARDINET. — Revue med. Limoge, 3 mars.
- BARTHEZ. — Etude clinique des causes de la claudication chez les enfants (Thèse, Paris, 1880).
- BEANIS et BOUCHARD. — Anatomie descriptive, 1880, p. 524.
- BENJAMIN. — Neurom Innesshalb der Rückenmauckshaüle (Virchow's Archiv. XI, 1857).
- BOUCHARD. — Compression lente de la moëlle (Dic. ency. V. 8, p. 618).
- BOUVIER. — Mémoires sur l'appareil locomoteur, 1842, p. 44, 45, 55, 56, 62, 66, 72, 78.
- BOUVIER. — Traité des maladies chirurgicales, t. III, p. 498.
- BRESCHET. — La clinique, 21 octobre 1829.
- BROWN SÉQUARD. — Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux. Vol. VI, p. 623, 632, 645, 646.
- CADEILLAN. — De l'ostéomyélite aiguë des corps vertébraux comme cause de mal de Pott. (Thèse, Paris, 1880).
- CHANTREUIL. — Etude sur les déformations du bassin chez les aphoriques (Thèse, Paris 1869).

- CHASSAIGNAC. — Mal vertébral lombaire avec abcès et sans gibbosité (gaz. hop. 1858, p. 156).
- CLOQUET. — Mal de Pott lombaire (gaz. hôp. 1858, p. 108).
- COLAS. — Thèse Paris, 1877, p. 30.
- CORNIL et RANVIER. — Dégénérescence de la moëlle consécutive à la compression des nerfs de la queue du cheval par une tumeur (Histol path. T I p. 126).
- CRUVEIHLIER. — Anatomie descriptive.
- COUDROY de LAURÉAL. — Quelques considérations sur le mal vertébral chez l'enfant (Thèse, Paris, 1874).
- DAVID (Rouen). — Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales Paris, 1779.
- DELPECH. — Maladies réputées chirurgicales, 1815, V. III p. 638, 641, 646.
- DELPECH. — De la moëlle épinière 1827, V II p. 759.
- DENONVILLIERS. — Abcès par congestion (Dict. encyc. T. I, p. 51).
- DENONVILLIERS. — Fracture de la colonne vertébrale par arme à feu (Bull. soc. anat. 1852, p. 12).
- DIDIER. — De la cyphose angulaire sacro-vertébrale (Thèse, Nancy, 1874).
- DUPLAY. — Pathologie externe.
- EULENBURG. — Schnidf's Iahrenbüches C L II, p. 136.
- FREER. — The treatement of spinal curvature by extension und articular motion (Brit med. J. V I, p. 151).
- FOURNIER. — Annales et dermatologie et syphilis T II, n° 1, p. 19.
- GAUCHER. — Mal de Pott (Bull. soc. anat. 1878, p. 171).

GIRALDÈS. — Discussion sur le mal de Pott (gaz. Hop. 1858 p. 108).

GLAISTERS. — The actual cautery in spinal affection (glasgow M. H. 1880 V. XIII p. 3.

GLUCK. — Allg. Wienn med. Zeitg. n° 47-48.

HARWICH. — Schmid's Jahrbücher C. XXVI p. 107.

HERGOTT. — Annales de gynécologie février et mars 1877.

HIPPOCRATE. — Traité des plaies de la tête, des fractures des articles ou luxations (traduit par Mercy, Paris 1832 V. II.

HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, traduites par M. E. Littré, Paris 1839-1861 1000.

HIRIGORYEN. — De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin (Thèse Paris 1880.

HULKE. — Schmid's Jahrbücher C. XXVI p. 123, 124.

JACCOUD. — Paraplegie et ataxie du mouvement 1864, p. 288.

JACCOUD. — Cliniques médicales faites à l'Hôpital de la Charité, 1867, p. 452, 399.

JAMIN ET PERNIER. — Pathologie externe, p. 299.

JENNING'S (Oscar). — Traitement mécanique des déviations de la colonne vertébrale (Tribune médic. 1880 XII p. 125.

KNAPP. — New-York. J. of. med. sep. 1881, p. 198.

KÖNIG. — Über die Fortschritte in der Behandlung der pott'schn Kyphose (Berl. Klin Wochenschi. Février 16, 1880.

KUSS ET DUVAL. — Physiologie.

- LANNELONGUE. — Abscès froids et tuberculose osseuse, 1881.
- LANNELONGUE. — Soc. chirurg. 1886, 23 juin.
- LALLEMAND. — Abscès par congestion simulant pendant six ans une fistule à l'aîne. (Arch. génér. med. 1835).
- LEVIS. — The mechanical treatment et of position angular curvature of the spine. M. R. Gemrig's improved spinal Jacket (Philadelphie Times 1879-80 p. 143.
- MADLUNG. — Berl. Klin. Wochenscks, n° 5, p. 56.
- MARSK. — Jahrsberichter uber die Listurgen und Fortschuff in der gesammter Medec, 1881, II, p. 339.
- MICHAUD. — Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral (Thèse 1871, p. 13, 14, 15, 36, 94. Ses abscesses dans le mal de Pott. Gaz. hôp. 1858, p. 107.
- MOREL ET DUVAL. — Manuel d'anatomie, 1883, p. 672.
- NICHET. — Mémoire sur la nature et le traitement du mal de Pott, 1835-1840.
- OLLIVIER. — Dictionnaire en 30 volumes, articles rachiscasie, 1843, 2^e édition.
- PERCEVAL POTT. — Remarques sur cette espèce de paralysie des membres inférieurs. — Edit. Earle Londres, 1777. OEuvres chirurgicales traduction de l'anglais. Paris, 1777, V 3, p. 112.
- PINARD. — Thèse, Paris, 1874.
- POLAILLON. — Sur quelques cas de guérison de mal de Pott (Union med. 1882, n° 84, p. 1073-1077).
- PUEL. — Du mal vertébral (Thèse d'agrégation 1878).
- QUINTOA. — Le mal vertébral de Pott des enfants considéré surtout au point de vue de son traitement orthopédique (Thèse, Paris, 1868).

- RAYMOND. — Mal de Pott, compression unilatérale de la moëlle au niveau de la région lombaire (Mémoires soc. biol. 1881, s s. XXXIII. p. 235.
- BEYHER (Carl) Die Rehaudlung der spondylitis dorsalis und lumbalis mit dem zug und gegenzug.
- RIPOLL. — De l'asihérite vertébrale (Thèse, Paris, 1845).
- ROBERTS. — Clinical lecture of the méchanical treatment of casies of the Lumber vertebral (Lancet 1882, V I, p. 132).
- ROTH. — Influence of Sayre's treatement of the spinal muscles.
- SAISON. — Mal vertébral de Pott (soc. anat. 1867, p. 212.
- SAPPEY. — Anatomie descriptive, T. III, p. 171.
- SERRE (Montpellier). — Observations et réflexions sur l'état de nos connaissances à l'égard de quelques lésions organiques (Gaz. méd. Paris, 1838, n° 7).
- SAYRE. — Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, traduit par Thorens, 1887.
- SANNENBURG. — Jahresbericht uber Leishugn. 1883, p. 362.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, 1882.
- TAVIGNOT. — Recherches sur le Mal vertébral de Pott. Journal l'Expérience 13 juin 1844.
- FAYLON. — Médical Ricord 1881 xx p. 175.
- TOUNISSONT. — Déviations aortiques dans le Mal de Pott (Th.se Paris 1887.)
- TRELAT. — De la physiologie et du traitement du Mal de Pott. (soc. chir. 1877 v III p. 685.)
- VEIT. — Berl. Klin. Wochenschs. 1873 n° 38.

- VERCHÈRE. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, *Revue de chirurgie* 1886 p. 476.
- VERNEUIL ET GAUCHER. — Sacro coxalgie et Mal de Pott chez une femme enceinte de 9 mois environ, (*Bull. soc. anat.* 1878).
- VERNEUIL. — De la physiologie pathologique et du traitement de Mal de Pott. (*soc. chirurg.* 1877 v II p. 685. *Soc. chirurg.* 1886).
- VINCENDON. — Quelques considérations sur le traitement du Mal verté. de Pott (Thèse Paris 1874.)
- WILK. — Schmid's Jahrbücher, CXXVI, p. 105.
- WOLF. Gips-corsets. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1883 xx p. 134).
- WOLSK. — Philadelphie, *Times* 1881 v II. p. 329.
-

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Avant-propos.....	7
Définition	9
Description.....	10
Anatomie pathologique.....	15
Symptômes.....	33
Etiologie	51
Diagnostic.....	52
Durée et Pronostic.....	56
Traitement	58

SECONDE PARTIE

Accouchement	110
--------------------	-----

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

HENRY

715

	ope, broché	0 f. 75
	n-7, de 170	5 "
	in-8, 180	3 50
	reillons. de	1 50
	es, 1884...	1 50
	raitement	1 50
	et de son	1 50
	1884.....	1 50
	pplications	2 50
	e l'armée,	1 50
	e médecine	10 "
	intercalées	2 "
Chauzafx. — Du Jequirity, son emploi en Ophtalmologie 124 pages, 1833		1 "
Contancin. — Etude sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie 1834		1 "
Gabriel. — Du réveil du délire alcoolique chez les buveurs, in-8, de 57 pages, 1884.		2 "
Godin et Barberet. — Notes de thérapeutique, 1 vol. in-12, de 138 pages, 1883.		3 "
Guide pratique le l'étudiant en médecine et en pharmacie. 1 vol. in-12, de 302 pages, 1884.		2 "
Lignac — Principales substances chimiques employées en médecine. 2 vol. in-12, 1882		3 "
Lignac. — Dicotylédones, caractères des principales familles et plantes étudiées en médecine, 2 ^e édit. 1 vol. in-12, 1884		2 "
Lignac. — Monocotylédones et acotylédones. 2 ^e édit. 1884		2 "
Piqué. — de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus, 1 vol. in-8, 1880.		2 "
Vassitch. — Etude sur la chorée des adultes in-8, 1883.		2 "

Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros. Inc.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908

H111 Paris. Univ. Faculté
P232 de médecine.
1887 Thèse. 64798
no.223

NAME

DATE DUE

